



orano



NOTICE D'INFORMATION

SANTÉ ENTREPRISE **ORANO CYCLE**

NOTICE D'INFORMATION

Notice d'information relative au contrat

n° 270512440

régi par le Code des Assurances

souscrit par **ORANO**

dont le siège social est

1, Place Jean Millier

92400 COURBEVOIE

(LE SOUSCRIPTEUR)

agissant pour le compte

d'Orano Cycle

auprès

d'AXA France Vie

dont le siège social est

313, Terrasses de l'Arche

92727 NANTERRE Cedex

(L'ASSUREUR)

**Cette notice présente les garanties en vigueur
au PREMIER JANVIER DEUX MILLE DIX NEUF.**

SOMMAIRE

01 CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 OBJET DU CONTRAT	06
ARTICLE 2 EFFET ET DURÉE DU CONTRAT	06
ARTICLE 3 CATÉGORIE ASSURÉE	07
ARTICLE 4 BASE DE LA COTISATION	07
ARTICLE 5 PRESCRIPTION	07
ARTICLE 6 RÉCLAMATION	08
ARTICLE 7 UTILISATION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL	08
ARTICLE 8 MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE	09

02 DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 1 ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE	10
ARTICLE 2 AYANTS DROIT	11
ARTICLE 3 ASSURANCE INDIVIDUELLE	11

03 DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE

ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE	12
ARTICLE 2 ÉTENDUE DE LA GARANTIE	12
ARTICLE 3 RÉGLEMENT DES PRESTATIONS	12
ARTICLE 4 DÉFINITIONS	13
ARTICLE 5 SUBROGATION	13

04 MONTANT DES PRESTATIONS

ARTICLE 1 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	14
ARTICLE 2 FRAIS DE TRANSPORT PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	14
ARTICLE 3 PHARMACIE	15
ARTICLE 4 PRÉVENTION	15
ARTICLE 5 CONSULTATIONS, VISITES	15
ARTICLE 6 ACTES PRATIQUES PAR DES AUXILIAIRES MÉDICAUX ET ANALYSES BIOLOGIQUES	15
ARTICLE 7 ACTES MÉDICAUX D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE, DOPPLER, ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE	15
ARTICLE 8 MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE	16
ARTICLE 9 SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES	16
ARTICLE 10 ORTHÈSES, PROTHÈSES, MATÉRIEL ET APPAREILS NON VISES PAR AILLEURS AU PRÉSENT CHAPITRE ET PROTHÈSES AUDITIVES FIGURANT A LA L.P.P.	17
ARTICLE 11 OPTIQUE	17
ARTICLE 12 CURES THERMALES (POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS)	18

05 TÉLÉCONSULTATION

ARTICLE 1 DÉFINITIONS	19
ARTICLE 2 OBJET DE LA GARANTIE	19
ARTICLE 3 MISE EN OEUVRE DE LA GARANTIE	19
ARTICLE 4 RESPONSABILITÉ	20
ARTICLE 5 DATE D'EFFET ET DURÉE	20
ARTICLE 6 INFORMATIQUE ET LIBERTÉ	21
ARTICLE 7 RÉCLAMATION ET DIFFÉRENDS	21
ARTICLE 8 EXCLUSIONS	21

06 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGÉS DE RECLASSEMENT VOLONTAIRE

ARTICLE 1 FORMALITÉS, DATE D'EFFET.....	22
ARTICLE 2 BASE DE L'ASSURANCE	22
ARTICLE 3 CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE	22

07 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGÉS SANS SOLDE

ARTICLE 1 FORMALITÉS, DATE D'EFFET.....	23
ARTICLE 2 BASE DE L'ASSURANCE	23
ARTICLE 3 CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE	23

08 MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT D'UN ASSURÉ DÉCÉDÉ

ARTICLE 1 FORMALITÉS, DATE D'EFFET.....	24
ARTICLE 2 CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE	24

09 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITE

ARTICLE 1 FORMALITÉS, DATE D'EFFET.....	25
ARTICLE 2 CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE.....	25

10 MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIÉS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHÔMAGE

ARTICLE 1 BÉNÉFICIAIRES DU MAINTIEN.....	26
ARTICLE 2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN.....	26
ARTICLE 3 CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES.....	26
ARTICLE 4 MODALITÉS D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIÉ.....	27
ARTICLE 5 PIÈCES COMPLÉMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	27

11 SERVICES D'ASSISTANCE

ARTICLE 1 DÉFINITION DES SERVICES D'ASSISTANCE	28
ARTICLE 2 MODALITÉS D'INTERVENTION DE L'ASSUREUR.....	29
ARTICLE 3 RESPONSABILITÉ DE L'ASSUREUR	29

CHAPITRE 1

CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire. Il a pour objet d'assurer, pour la garantie remboursement de frais médicaux, le personnel salarié affilié à la Sécurité sociale, appartenant à la catégorie visée à l'article 3 et répondant aux conditions d'admission visées au chapitre 2.

Il est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits "contrats responsables", conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application. En conséquence :

Il prend en charge :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,
- les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.

Il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée au-delà de la limite fixée par décret,

- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires, (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

Et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du présent contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

En outre, le contrat respecte le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L911-7 du code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2

EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet le PREMIER JANVIER DEUX MILLE DIX NEUF.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au trente et un décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au premier janvier de chaque année.

Il peut être dénoncé à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi, la résiliation intervenant le trente et un décembre à minuit de l'année de dénonciation.

ARTICLE 3

CATÉGORIE ASSURÉE

La catégorie assurée est ainsi définie : **l'ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité sociale.**

ARTICLE 4

BASE DE LA COTISATION

La base de cotisation est le salaire annuel brut, hors indemnités de rupture versées au salarié, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par le souscripteur à l'Administration Fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Elle inclut tous les salaires, même partiels versés par le souscripteur, que l'assuré soit ou non en arrêt de travail pour maladie, accident ou accueil de l'enfant. Le salaire annuel brut ainsi déterminé est limité aux tranches A, B et C du salaire définies comme suit en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur pour l'année considérée :

- Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond,
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds,
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds.

ARTICLE 5

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 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 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'assurances 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 L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un

acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 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 6

RÉCLAMATION

Indépendamment du droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur privilégié ou le service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, l'assuré peut faire appel à la Direction Relations Clientèle d'AXA Solutions Collectives (TSA 46 307 - 95 901 CERGY PONTOISE Cedex 9). Il devra alors préciser son nom, le numéro du présent contrat ainsi que ses coordonnées complètes.

La situation de l'intéressé sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 10 jours et une réponse lui sera adressée dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous tiendrons informé l'assuré).

Si aucune solution n'a été trouvée, l'assuré peut faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante - La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09, ou par mail sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>.

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laisse toute liberté à l'assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

ARTICLE 7

UTILISATION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

L'assureur fait usage de ces données dans le cadre de ses activités de passation, de gestion (y compris commerciale) et d'exécution du contrat d'assurance ou de celles d'autres contrats souscrits auprès de lui, comme auprès d'autres sociétés du groupe auquel l'assureur appartient.

L'assureur est également susceptible d'utiliser ces données dans le cadre d'un contentieux, de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ou de la mise en conformité à une réglementation applicable. L'assureur se réserve également le droit de procéder à l'analyse de tout ou partie de ces données collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis de l'assureur, pour permettre d'améliorer les produits (recherche et développement), d'évaluer la situation d'un assuré, de la prédire (scores d'appétence) et de personnaliser son parcours en tant qu'assuré.

Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Les destinataires des informations ainsi recueillies seront uniquement les sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités, dès lors que ces informations seront nécessaires à la réalisation de leurs opérations.

Les données des assurés seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Les données à caractère personnel peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne, sous réserve des dispositions suivantes. Pour ces destinataires situés en dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité aux pays listés par la Commission

Européenne comme protégeant suffisamment les données ou aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL, soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

L'assureur est légalement tenu de vérifier l'exactitude, la complétude et la conformité de ces données. A cette fin, l'assureur se réserve le droit de solliciter un assuré pour vérifier ou compléter son dossier en y enregistrant par exemple son adresse de messagerie électronique s'il a contacté l'assureur par ce biais.

Droit de contrôle et de rectification des données par l'assuré :

L'assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité des données le concernant, ainsi que définir des directives relatives au sort de ces informations après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement. Si l'assuré a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, à tout moment il peut la retirer sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance. L'assuré peut écrire au délégué à la protection des données pour exercer ses droits :

- par email (service.informationclient@axa.fr)
- par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, il peut choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

ARTICLE 8

MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

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 l'exposerait aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.



CHAPITRE 2

DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires de la garantie sont l'assuré et ses ayants droit tels que visés ci-après.

ARTICLE 1

ADMISSION À L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE

Admission à l'assurance

Sont admis au contrat, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, dès la date d'entrée dans la catégorie assurée et, au plus tôt, à la date d'effet du contrat, les salariés appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), à condition que le contrat de travail du salarié soit en vigueur. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, accueil de l'enfant ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, bénéficient des garanties du présent contrat.

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (article L1225-17 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (article L1225-35 du Code du travail).

Le souscripteur peut demander à l'assureur l'application des garanties aux salariés relevant d'un autre cas de suspension du contrat de travail.

Les mandataires sociaux cumulant un contrat de travail avec leur mandat ou les mandataires sociaux assimilés salariés au sens du Code de la Sécurité sociale bénéficient du présent contrat s'ils

appartiennent à la catégorie assurée, dans les conditions et limites qui leur sont applicables aux termes des dispositions du Code de la Sécurité sociale et du Code de commerce. Le respect des dispositions légales et éventuellement réglementaires régissant l'octroi des avantages de prévoyance aux mandataires sociaux salariés ou assimilés salariés relève de la seule responsabilité du souscripteur.

Les ayants droit de l'assuré bénéficient de la garantie au plus tôt à la date d'effet du contrat, ou à la date à laquelle ils répondent à la définition des ayants droit visée à l'article 2.

Cessation de l'assurance

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat ; elle est suspendue pendant les congés (sans indemnisation du souscripteur), sous réserve des dispositions prévues au Chapitre « Maintien de l'assurance en cas de congés sans solde », autres que maladie, accueil de l'enfant ou accident ; elle prend fin pour chaque assuré et ses ayants droit :

- à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie assurée,
- à la date de rupture du contrat de travail, sauf en cas de maintien de l'assurance tel que prévu au Chapitre "Maintien des garanties aux anciens salariés pris en charge par l'assurance chômage",
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite,

et, pour l'ensemble des assurés, à la date de résiliation du contrat.

La cessation ou la suspension de l'assurance pour l'assuré s'applique à ses ayants droit à la même date.

ARTICLE 2

AYANTS DROIT

Les ayants droit de l'assuré sont les membres de sa famille définis ci-après :

- **son conjoint**, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou le concubin, bénéficiant du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre régime social de base.

Le concubin est la personne vivant avec l'assuré(e). Le bénéfice de la couverture est lié au respect des deux conditions suivantes :

- Etre libre de tout lien matrimonial,
 - Produire une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun.
- **ses enfants** et ceux de son conjoint, partenaire PACS ou concubin répondant à la définition suivante :
 - les enfants jusqu'à leur 18ème anniversaire sans condition,
 - les enfants majeurs jusqu'à leur 28ème anniversaire :
 - poursuivant leurs études dans le cycle secondaire ou supérieur, ou dans un établissement permettant leur affiliation au régime des Etudiants de la Sécurité sociale ou à tout autre régime social de base,
 - titulaires d'un contrat de travail destiné à favoriser l'insertion dans la vie professionnelle (contrat d'apprentissage, de professionnalisation, CAE (Contrat d'accompagnement dans l'emploi)...) ou d'un contrat similaire et ayant leur propre numéro d'identification au Régime Général de la Sécurité sociale ou à tout autre régime social de base,
 - en période de service civique,
 - à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de 6 mois,
 - les enfants handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont bénéficiaires de l'allocation des adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou s'ils sont titulaires d'une carte d'invalidité.

NB : sont également considérés comme ayants droit, les enfants répondant à la définition ci-dessus pour lesquels l'assuré(e) verse une pension alimentaire.

- **ses ascendants** (y compris les ascendants autres que les parents) et ceux du conjoint (ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou du concubin) à leur charge fiscale. Le nombre des ascendants est limité à deux.

ARTICLE 3

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Une assurance de groupe à adhésion individuelle est proposée par l'assureur à :

- tout assuré en incapacité ou invalidité (et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale), privé d'emploi (et bénéficiaire d'un revenu de remplacement), préretraité ou retraité. La demande d'adhésion doit être transmise dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail (ou, lorsque le présent contrat prévoit un maintien de l'assurance dans l'un ou l'autre des cas visés, dans les deux mois qui suivent la cessation dudit maintien),
- tout ayant droit (tel que défini à l'article 2) d'un assuré décédé. La demande d'adhésion doit être transmise dans les six mois qui suivent le décès de l'assuré (ou, lorsque le présent contrat prévoit dans un tel cas un maintien de l'assurance, dans les deux mois qui suivent la cessation dudit maintien), pour une durée de 12 mois.

Cette assurance prend effet au lendemain de la demande, elle est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des prestations est au plus équivalent à celui du présent contrat.

Conformément au décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 modifiant le décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables sont plafonnés progressivement à compter de la date d'adhésion, selon les modalités suivantes :

- la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
- la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
- la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.



CHAPITRE 3

DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE

ARTICLE 1

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement de prestations complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité sociale concernant l'assuré et les personnes visées au Chapitre 2 (article 2) pour lesquelles il ouvre droit à garantie (ayants droit).

ARTICLE 2

ÉTENDUE DE LA GARANTIE

Les frais ouvrant droit à prestation sont ceux énumérés au chapitre 4 qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en vigueur ou dans la Liste des Produits et Prestations (LPP) et qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite au chapitre 4.

L'assureur prend en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une

hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

ARTICLE 3

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les assurés bénéficient du Tiers Payant auprès des professionnels de santé ayant adhéré à la convention nationale de dispense d'avance de frais, pour la pharmacie, les laboratoires de biologie, les cabinets de radiologie, les auxiliaires médicaux, les centres de santé et les soins externes à l'hôpital public.

En l'absence de Tiers Payant et pour les actes non cités ci-dessus, les pièces justificatives visées au paragraphe 3.1 doivent être fournies.

3.1 Pièces à fournir

L'assuré doit remettre toutes pièces justificatives visées ci-après, qui seront conservées par l'assureur. Hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement sous césarienne

- selon la facturation dont relève l'établissement :
 - le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
 - l'original de la facture acquittée et détaillée,
 - l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement,

- ◆ dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires acquittées et détaillées.

Frais de transport

- ◆ l'original du décompte de la Sécurité sociale.

Pharmacie

- ◆ l'original du décompte de la Sécurité sociale,

Frais de prévention

- ◆ la prescription médicale (pour les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, la prescription du médecin traitant mentionnant « Activité physique adaptée »),

- ◆ l'original de la facture acquittée.

Médecine non conventionnelle

- ◆ l'original de la facture acquittée au nom du bénéficiaire avec le n° ADELI ou FINESS du praticien.

Soins, prothèses dentaires et orthodontie

- ◆ l'original du décompte de la Sécurité sociale,
- ◆ pour les prothèses, l'original de la note d'honoraires acquittée et détaillée de tous les actes.

Optique

- ◆ l'original du décompte de la Sécurité sociale ou l'original de la prescription médicale de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale,
- ◆ l'original de la facture détaillée et acquittée.

Cures thermales

- ◆ l'original du décompte de la Sécurité sociale et l'original de la facture détaillée et acquittée.

Autres postes

- ◆ l'original du décompte de la Sécurité sociale,
- ◆ en cas de dépassement de la base de remboursement de la Sécurité sociale, l'original de la facture.

3.2 Observations sur les pièces à fournir

Lorsqu'il est fait référence à la facture, celle-ci doit comporter la mention « acquittée » et détailler les actes, le prix correspondant à chacun d'eux et la date à laquelle ils ont été effectués.

Si le décompte de la Sécurité sociale est télétransmis par cette dernière, l'assuré n'a pas à le faire parvenir à l'assureur.

D'une façon générale, en tant que de besoin, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'assuré, peut être demandée par l'assureur.

En cas d'intervention sur des prestations réglées par un autre organisme (cas de reste à charge complémentaire d'un ayant droit), l'original du décompte ou le décompte électronique de la première complémentaire doit être fourni,

accompagné des éventuelles factures par courrier (ex : copie facture optique, prothèse dentaire...).

3.3 Délai de transmission des pièces

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, être adressées dans les vingt-quatre mois suivant la date des soins.

3.4 Contrôle

L'assureur se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé de l'intéressé et des soins effectués. Il peut demander, si besoin, toute pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie.

ARTICLE 4

DÉFINITIONS

Ticket modérateur :

Base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

Tiers payant :

Disposition particulière prévue à la mise en place du contrat, permettant à l'adhérent et à ses ayants droit de se faire délivrer, sans avance de frais, des produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et pris en charge par la Sécurité sociale ou de ne pas avancer le ticket modérateur pour les dépenses engagées auprès des laboratoires de biologie, des cabinets de radiologie, des auxiliaires médicaux, des centres de santé et des hôpitaux publics pour les soins externes.

ARTICLE 5

SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'assuré, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 131-2 du Code des Assurances : l'assureur est subrogé, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions de l'assuré, contre tout tiers responsable.

CHAPITRE 4

MONTANT DES PRESTATIONS

Les prestations prévues au présent chapitre sont calculées **acte par acte** et sont, en tout état de cause, **limitées à la différence entre les frais exposés et les prestations correspondantes de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.**

ARTICLE 1

HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE

(Y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

- **Etablissements Conventionnés** : 100 % des frais réels sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale et tout autre organisme, au titre des frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), des frais de salle d'opération, de la pharmacie, des autres frais médicaux et chirurgicaux.
- **Etablissements Non Conventionnés** : 80 % des frais réels sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale et tout autre organisme, au titre des frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), des frais de salle d'opération, de la pharmacie, des autres frais médicaux et chirurgicaux.
- **Honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée** : 100 % des frais réels sous

déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale et tout autre organisme, du ticket modérateur.

- **Honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée** : 100 % du ticket modérateur majorés de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- 100 % du **forfait journalier** en vigueur.
- 100 % du **forfait actes lourds** en vigueur
- 2 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er jour d'hospitalisation, par jour, au titre des **frais d'accompagnant** d'un enfant de moins de 16 ans.
- 2 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er jour d'hospitalisation, par jour, au titre des frais d'hébergement en **maison de parents**, pour une personne dans la limite de 30 jours par an.
- 3 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur du 1er au 15ème jour d'hospitalisation puis 3,50 %, par jour, au titre des frais de **chambre particulière**.

ARTICLE 2

FRAIS DE TRANSPORT PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

ARTICLE 3
PHARMACIE
Pharmacie remboursée à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale

100 % du ticket modérateur.

Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale et prescrites médicalement

100 % des frais réels, dans la limite de 5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la dépense, par année civile et par bénéficiaire, sur présentation de la facture au nom de la bénéficiaire.

ARTICLE 4
PRÉVENTION

Les actes suivants sont pris en charge au titre du poste Prévention :

- **les vaccins remboursés par la Sécurité sociale** : 100 % du ticket modérateur,
- **les médicaments et produits à base de nicotine** prescrits médicalement, remboursés ou non par la Sécurité sociale, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou Norme AFNOR) : 60 % des frais réels dans la limite annuelle de 4 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la dépense par bénéficiaire,
- **le dépistage de l'Hépatite B, trouble de l'audition des plus de 50 ans, ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans** : 100 % du ticket modérateur,
- **un détartrage** annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum, le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures : 100 % du ticket modérateur,
- **les actes de radiologie non remboursés par la Sécurité sociale (Scanner dentaire, ostéodensitométrie)** : 60 % des frais réels dans la limite de 2 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la dépense par acte et de 5 % par an et par bénéficiaire,
- **les analyses non remboursées par la Sécurité sociale** : 60 % des frais réels dans la limite de 1 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la dépense par analyse et de 5 % par an et par bénéficiaire,
- **le premier bilan du langage oral et/ou d'aptitudes à l'acquisition de langage écrit chez l'enfant de moins de 14 ans** : 100 % du ticket modérateur,
- **les consultations chez un diététicien** : 60 % des frais réels dans la limite de 1,50 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour

de la dépense par séance et de 4,50 % par an et par bénéficiaire,

- **les consultations de psychomotricité, psychothérapie, ergothérapeute et psychologue** : 60 % des frais réels dans la limite de 1,50 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la dépense par séance et de 5 % par an et par bénéficiaire,
- **les séances d'activité physique** adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant, par année civile et par bénéficiaire, à hauteur de 200 euros. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique.

ARTICLE 5
CONSULTATIONS, VISITES
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée :

Consultations et visites de médecins généralistes : 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Consultations et visites de médecins spécialistes : 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

100 % du ticket modérateur majorés de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

ARTICLE 6
ACTES PRATIQUÉS PAR DES AUXILIAIRES MÉDICAUX ET ANALYSES BIOLOGIQUES

100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

ARTICLE 7
ACTES MÉDICAUX D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE, DOPPLER, ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Actes médicaux d'imagerie, échographie et doppler : 120 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Actes techniques médicaux et actes de chirurgie :
100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée

Actes médicaux d'imagerie, échographie et doppler :
100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Actes techniques médicaux et actes de chirurgie :
80 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

ARTICLE 8

MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE

Par dérogation au Chapitre 3 (article 2), les séances :

- d'acupuncture,
- de chiropraxie,
- d'étiopathie,
- d'ostéopathie,
- de thérapies manuelles,

non remboursées par la Sécurité sociale sont prises en charge à hauteur de 75 % des frais réels, dans la limite de 1,50 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la dépense par séance et dans la limite annuelle globale de 12 % par bénéficiaire.

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les étiopathes doivent être inscrits au Registre National des Etiopathes (registre déposé au ministère de la santé).

Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les autres praticiens de thérapie manuelle doivent être titulaires d'un diplôme de leur profession.

Dans tous les cas, le praticien doit être inscrit au répertoire d'Automatisation DES Listes (ADELI) ou au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS).

ARTICLE 9

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie, la parodontologie et les Inlays Onlays d'obturation

120 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Prothèses dentaires fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) et inlays Core remboursés par la Sécurité sociale

430 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Orthopédie dento-faciale (orthodontie) remboursée par la Sécurité sociale

400 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Actes de parodontie non remboursés par la Sécurité sociale

Par dérogation au Chapitre 3 (article 2), les actes de parodontologie codifiés par la CCAM sont pris en charge dans la limite de 9,06 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la dépense par année civile et par bénéficiaire.

Implants dentaires

Les implants et prothèses sur implants dentaires ouvrent droit à prestation dans les limites suivantes :

- implants remboursés par la Sécurité sociale (y compris les couronnes sur implants) : 450 euros avec une limitation à deux actes par année civile et par bénéficiaire,
Au-delà de cette limite, prise en charge à hauteur de 55 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- implants non remboursés par la Sécurité sociale (par dérogation au Chapitre 3 (article 2)) : 22,65 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la dépense par implant, avec une limitation à deux implants par année civile et par bénéficiaire.

ARTICLE 10

ORTHÈSES, PROTHÈSES, MATÉRIEL ET APPAREILS NON VISÉS PAR AILLEURS AU PRÉSENT CHAPITRE ET PROTHÈSES AUDITIVES FIGURANT À LA L.P.P.

Prothèses auditives figurant à la L.P.P. : 10 fois le remboursement de la Sécurité sociale.

Semelles orthopédiques : 450 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Autres prothèses médicales (hors dentaire, semelles orthopédiques et prothèses auditives):

- **Petit appareillage** : 250 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale,
- **Gros appareillage** : 450 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

ARTICLE 11

OPTIQUE

Verres et Monture

Les remboursements effectués pour un équipement composé de 2 verres et 1 monture respectent les montants suivants en fonction du déficit de la vision :

ADULTE

CLASSE VISUELLE	VALEUR DE LA SPHERE	GARANTIE PAR VERRE DANS LE RESEAU SANTECLAIR *	GARANTIE PAR VERRE HORS RESEAU SANTECLAIR
VERRE UNIFOCAL OU MI-DISTANCE			
101	DE 0 À 4 ET CYLINDRE ≤ 2	100 % DES FRAIS RÉELS	70 €
102	DE 0 À 4 ET CYLINDRE > 2 & DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE ≤ 2	100 % DES FRAIS RÉELS	100 €
103	DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE > 2 & DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE ≤ 2	100 % DES FRAIS RÉELS	130 €
104	DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE > 2 & ≥ À 8,25, Q.Q.S. LE CYLINDRE	100 % DES FRAIS RÉELS	220 €
VERRE MULTIFOCAL			
111	DE 0 À 4 ET CYLINDRE ≤ 2	100 % DES FRAIS RÉELS	170 €
112	DE 0 À 4 ET CYLINDRE > 2 & DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE ≤ 2	100 % DES FRAIS RÉELS	220 €
113	DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE > 2 & DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE ≤ 2	100 % DES FRAIS RÉELS	260 €
114	DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE > 2 & ≥ À 8,25, Q.Q.S. LE CYLINDRE	100 % DES FRAIS RÉELS	300 €
MONTURE			150 €

ENFANT

CLASSE VISUELLE	VALEUR DE LA SPHERE	GARANTIE PAR VERRE DANS LE RESEAU SANTECLAIR *	GARANTIE PAR VERRE HORS RESEAU SANTECLAIR
VERRE UNIFOCAL			
201	DE 0 À 4 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	60 €
202	DE 0 À 4 ET CYLINDRE $>$ 2 & DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	90 €
203	DE 4,25 À 6 ET CYLINDRE $>$ 2 & DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE \leq 2	100 % DES FRAIS RÉELS	110 €
204	DE 6,25 À 8 ET CYLINDRE $>$ 2 & \geq À 8,25, Q.Q.S. LE CYLINDRE	100 % DES FRAIS RÉELS	200 €
VERRE MULTIFOCAL			
204	CLASSE DE 1 À 4	100 % DES FRAIS RÉELS	200 €
MONTURE			150 €

* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 8 septembre 2014) et des plafonds prévus par le contrat responsable (du 18 novembre 2014), en fonction des corrections visuelles.

Dans tous les cas, la prise en charge est limitée, à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire, à un équipement optique (1 monture + 2 verres) par bénéficiaire tous les 2 ans. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue acceptée par la Sécurité sociale, la limitation devient annuelle (la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien). Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. La période de 2 ans (ou d'un an) s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement.

Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est faite en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), c'est la date d'acquisition du premier élément qui sera prise en compte.

Implants oculaires

L'assureur prend en charge, les techniques d'opération incisionnelles à hauteur de 25 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'intervention, par œil (anneaux intracornéens, implants de chambre antérieure dont les implants « clipsés », implants de chambre postérieure, implants multifocaux).

Lentilles de contact correctrices remboursées par la Sécurité sociale

10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la dépense, par année civile et par bénéficiaire.

Au-delà de cette limite, la prise en charge de l'assureur sera égale à 100 % du ticket modérateur.

Lentilles de contact correctrices n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale (y compris jetables et produits d'entretien)

10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par année civile et par bénéficiaire, (le plafond pris en compte est celui afférent à l'année considérée).

Chirurgie réfractive

L'assureur prend en charge, les techniques d'opération au laser (lasik ou PKR) des yeux à hauteur de 25 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'intervention, par œil.

ARTICLE 12

CURES THERMALES (POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS)

20 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er jour de la cure, à l'exclusion de toute autre prestation, pour l'ensemble des frais suivants : frais médicaux, frais de transport et frais de séjour (y compris ceux n'ayant pas donné lieu à un remboursement de l'action sanitaire et sociale de la Caisse concernée).

Les honoraires des médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée sont limités à 100 % du ticket modérateur, majorés de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.



CHAPITRE 5

TÉLÉCONSULTATION

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

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

ARTICLE 1

DÉFINITIONS

- **Téléconsultation** : consultation médicale par téléphone
- **Equipe Médicale ou Equipe de Médecins** : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance
- **Médecin** : Médecin généraliste

ARTICLE 2

OBJET DE LA GARANTIE

La téléconsultation est accessible par le biais de la plateforme téléphonique d'AXA Assistance composée

d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) et de Médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les IDE et les Médecins sont soumis au secret médical.

ARTICLE 3

MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

AXA assistance répond 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, aux numéros suivants :

- numéro court accessible en France : 3633 (coût d'un appel local),
- numéro complet accessible en France et à l'Etranger : +33 1 55 92 27 54 (coût d'un appel de l'Etranger).

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

Les réponses apportées, fonction du besoin du bénéficiaire, peuvent être de trois types :

- Téléconsultation
- Information générale de santé
- Orientation

3.1 Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, le bénéficiaire

peut contacter AXA Assistance, afin de bénéficier d'une Téléconsultation.

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

Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera son appel. Après l'avoir informé des modalités de fourniture de la garantie de Téléconsultation et avoir recueilli son consentement, elle enregistrera sa demande et le mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procèdera à la Téléconsultation. L'IDE ou le médecin pourront proposer de poursuivre la communication téléphonique par une communication visuelle.

Les images de la vidéoconférence ne seront pas utilisées à des fins de diagnostic. Le bénéficiaire aura la possibilité d'adresser au Médecin durant la Téléconsultation des documents (photos, analyses biologiques) qui pourront compléter les informations qu'il aura communiquées oralement. Le Médecin pourra éventuellement utiliser ces documents pour appuyer son diagnostic.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance lui apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- Conseil
- Orientation vers votre médecin traitant
- Orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins :
 - un gynécologue,
 - un ophtalmologue,
 - un psychiatre ou un neuropsychiatre s'il a entre 16 et 25 ans,
 - un stomatologue,

Si le bénéficiaire séjourne dans un pays de l'Union Européenne :

- Prescription écrite médicamenteuse
- Prescription écrite d'examen complémentaires

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

Dans le cas où L'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, le bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec l'autorisation du bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Attention : Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le médecin d'AXA Assistance réorientera le bénéficiaire vers son médecin traitant.

3.2 Information

A la demande du bénéficiaire, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer des informations, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne tout renseignement d'ordre général.

L'intervention de l'Equipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet de la garantie n'est en aucun cas de favoriser une automédication.

3.3 Orientation

A la demande du bénéficiaire, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut l'aider à exercer son libre choix en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

ARTICLE 4

RESPONSABILITÉ

4.1 Responsabilité d'AXA Assistance

Les obligations souscrites par AXA Assistance pour la mise en œuvre de la téléconsultation aux termes des présentes sont constitutives d'obligations de moyens. Dans ce cadre, AXA Assistance ne saurait notamment être tenu pour responsable des interruptions de la garantie et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques.
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation,
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

4.2 Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer dans de bonnes conditions leurs engagements contractuels.

ARTICLE 5

DATE D'EFFET ET DURÉE

La date d'effet et la durée de la garantie de Téléconsultation sont celles du présent contrat.

Toutefois, cette garantie peut faire l'objet de modifications ou d'interruption de la part d'AXA Assistance.

ARTICLE 6

INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978, AXA Assistance informe le bénéficiaire en leur qualité de responsable de traitement que :

- les réponses aux questions qui lui sont posées lors de son appel par leur Equipe Médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de son dossier.
- la finalité du traitement est la Téléconsultation.
- les destinataires des données le concernant sont les Médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec son accord le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

Le bénéficiaire dispose, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations le concernant.

Le bénéficiaire peut s'adresser par courrier à : AXA Assistance France - Service Juridique - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon

ARTICLE 7

RÉCLAMATION ET DIFFÉRENDS

7.1 Traitement des réclamations

AXA Assistance veille à offrir au bénéficiaire un service de qualité. Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste, il peut écrire à la Direction Médicale d'AXA Assistance sous pli confidentiel au 6 rue André Gide - 92320 Châtillon. Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse lui sera alors adressée dans les meilleurs délais.

7.2 Différends

Tous les litiges auxquels le présent chapitre pourrait donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.

ARTICLE 8

EXCLUSIONS

Sont exclus de la Téléconsultation :

- les Téléconsultations lorsque l'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale,
- les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un Médecin généraliste,
- les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques,
- les prescriptions d'arrêt de travail,
- les certificats médicaux.

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGÉS DE RECLASSEMENT VOLONTAIRE

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) bénéficiant d'un congé de reclassement dans le cadre d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE).

ARTICLE 1

FORMALITÉS, DATE D'EFFET

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation soit adressée à l'assureur dans les trente jours qui suivent ladite date. **Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.**

ARTICLE 2

BASE DE L'ASSURANCE

La base de la cotisation est l'allocation brute mensuelle allouée dans le cadre du congé de reclassement volontaire.

ARTICLE 3

CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin du Congé de Reclassement,
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- en cas de résiliation du contrat.

Une assurance individuelle peut être souscrite auprès de l'assureur conformément aux dispositions prévues au contrat.

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGÉS SANS SOLDE

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du souscripteur, pour l'un des congés visés ci-dessous :

- CONGÉ PARENTAL D'ÉDUCATION,
- CONGÉ DE PRÉSENCE PARENTALE,
- CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE,
- CONGÉ DE SOUTIEN FAMILIAL,
- CONGÉ POUR CRÉATION D'ENTREPRISE,
- CONGÉ INDIVIDUEL DE FORMATION,
- CONGÉ SABBATIQUE.

ARTICLE 1

FORMALITÉS, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent le départ en congé de l'intéressé, la garantie prenant effet à la date dudit départ. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.** Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

ARTICLE 2

BASE DE L'ASSURANCE

La base de la cotisation est le salaire annuel brut tel que visé au Chapitre 1 (article 4), afférent aux douze derniers mois d'activité.

ARTICLE 3

CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin du congé,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

La cessation de l'assurance pour l'assuré s'applique à ses ayants droit à la même date.

MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT D'UN ASSURÉ DÉCÉDÉ

L'assurance est maintenue à la date du décès de l'assuré, sous réserve des dispositions ci-après, aux ayants droit de l'assuré. La qualité d'ayant droit, au sens du Chapitre 2 (article 2), s'apprécie à la date du décès de l'assuré.

ARTICLE 1

FORMALITÉS, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent le décès de l'assuré, la garantie prenant effet à ladite date. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

ARTICLE 2

CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de cessation de paiement des cotisations,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque l'ayant droit bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite,
- en cas de résiliation du contrat.

En cas de résiliation du contrat, une assurance individuelle peut être souscrite auprès de l'assureur conformément aux dispositions prévues au Chapitre 2 (article 3).

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) dont le contrat de travail est rompu pour invalidité indemnisée comme telle par la Sécurité sociale.

ARTICLE 1

FORMALITÉS, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent la rupture du contrat de travail de l'intéressé, la garantie prenant effet à la date de ladite rupture.

Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

ARTICLE 2

CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin d'indemnisation de l'invalidité par la Sécurité sociale,
- au plus tard au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite à taux plein,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite,
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

La cessation de l'assurance pour l'assuré s'applique à ses ayants droit à la même date.

Une assurance individuelle, telle que définie au Chapitre 2 (article 3), peut être souscrite auprès de l'assureur dans les deux mois qui suivent la cessation du maintien.

MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIÉS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHÔMAGE

Les garanties du contrat sont maintenues aux anciens salariés appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

ARTICLE 1

BÉNÉFICIAIRES DU MAINTIEN

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés, déclarés par le souscripteur selon les modalités de l'article 4, dont la rupture du contrat de travail est postérieure à la date d'effet du contrat, et qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties n'est pas accordé :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la rupture de son contrat de travail.

Le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du contrat initial.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, les personnes bénéficiant du maintien de l'assurance dans le cadre de l'ANI à la veille de la date d'effet du contrat sont garanties au titre du présent chapitre. La date d'effet pour la limitation de la durée est la date de rupture du contrat de travail.

ARTICLE 2

PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN

Les garanties du contrat sont maintenues, à compter du lendemain du jour de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, telle que déclarée par le souscripteur, est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

ARTICLE 3

CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces événements :

- au terme de la durée maximale prévue à l'article 2,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite,
- à la date de résiliation du contrat.

Les bénéficiaires du présent maintien de garantie pourront toutefois demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

ARTICLE 4**MODALITÉS D'INFORMATION DE
L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN
SALARIÉ**

Après l'avoir complété et signé, le souscripteur transmettra à l'assureur, dès la rupture du contrat de travail, le formulaire de la déclaration de maintien prévu à cet effet. Il remettra à son ancien salarié copie de cette déclaration complétée ainsi que de la notice d'information précisant les conditions du maintien.

ARTICLE 5**PIÈCES COMPLÉMENTAIRES À
FOURNIR EN CAS DE SINISTRE**

L'assureur se réserve la possibilité de conditionner le service des prestations en cas de sinistre à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.



CHAPITRE 11

SERVICES D'ASSISTANCE

ARTICLE 1

DÉFINITION DES SERVICES D'ASSISTANCE

L'assureur met en œuvre des services d'assistance pour les bénéficiaires de la garantie, en cas d'hospitalisation supérieure à 48h suite à une atteinte corporelle grave, ou en cas d'hospitalisation dans un service de maternité pour une durée supérieure à cinq jours.

L'atteinte corporelle grave est l'accident ou la maladie à caractère soudain et imprévisible dont la nature risque de porter atteinte à la vie du bénéficiaire ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Pour ouvrir droit à nos prestations, l'atteinte corporelle grave doit être constatée par une autorité médicale.

Le domicile est le lieu de résidence, qui figure sur la déclaration d'impôt sur le revenu du bénéficiaire. Pour ouvrir droit à nos services, il doit être situé en France métropolitaine.

Si le bénéficiaire est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, l'assureur organise et prend en charge son rapatriement sanitaire par le moyen de transport choisi par l'assureur et dès que son état de santé le lui permet.

La décision de rapatrier le bénéficiaire est prise en fonction des seuls impératifs médicaux. L'assureur dirige alors le bénéficiaire :

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

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

Si le bénéficiaire est hospitalisé plus de 48h suite à une atteinte corporelle grave ou plus de cinq jours dans un service de maternité, l'assureur organise et prend en charge les services d'assistance suivants :

- **l'acheminement d'un proche à son chevet**, si aucun membre de sa famille ne se trouve à moins de 50 km de son domicile,
- **la garde des enfants et petits-enfants du bénéficiaire**, dès le 1er jour d'hospitalisation, s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre que le bénéficiaire ne peut en assurer la garde :
 - soit en permettant la venue d'un proche à son domicile,
 - soit en acheminant les enfants au domicile d'un proche,
 - soit en confiant la garde des enfants au domicile du bénéficiaire à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école.

Cette prestation est limitée à trente heures, réparties sur quinze jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation.

L'assureur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

L'assureur prend à sa charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

◆ **une aide-ménagère à domicile :**

L'assureur recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit en faire la demande à l'assureur dans les huit jours suivant son hospitalisation.

L'assureur limite toutefois cette aide à la période de trente jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par l'équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder trente heures, réparties sur quinze jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour.**

Si le bénéficiaire décède dans un rayon de plus de 200 km du domicile, l'assureur organise le rapatriement du corps ou des cendres du bénéficiaire du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France métropolitaine.

ARTICLE 2

MODALITÉS D'INTERVENTION DE L'ASSUREUR

L'assureur prend en charge les seules prestations qu'il organise.

Pour la mise en œuvre des services complémentaires, le bénéficiaire doit obtenir l'accord préalable de l'équipe médicale et contacter l'assureur au numéro de **téléphone suivant : 01 72 59 51 60.**

ARTICLE 3

RESPONSABILITÉ DE L'ASSUREUR

La responsabilité de l'assureur ne peut être engagée dans les cas suivants :

- ◆ dommage professionnel ou commercial subi par le bénéficiaire lors de l'exécution d'un des services complémentaires,
- ◆ retard dans l'organisation du service prévu par la garantie ou impossibilité de le fournir pour cause de force majeure : guerre (civile ou étrangère), émeute, acte de terrorisme, restriction à la libre circulation des biens et des personnes, grève, accident nucléaire.

L'assureur ne peut pas 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.



VIVINTER

UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE

