



Solutions AXA
pour les entreprises
Santé

**Conditions
Générales valant
Notice d'information
Adaptalia Entreprises Santé
Adaptalia Métiers Santé**



Contrat socle complémentaire

Mars 2018

 assurance **citoyenne**

La Notice d'information Salarié est constituée du présent document (Conditions générales valant Notice d'information) complété par les **Conditions particulières du Salarié**, qui indiquent, entre autres, les garanties souscrites et leur niveau.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- Le **contrat d'assurance de groupe** est un contrat collectif obligatoire couvrant des risques de santé ; il sera le plus souvent désigné par le **contrat d'assurance**.
- Le **souscripteur** est la personne morale ou le chef d'entreprise qui conclut le contrat d'assurance pour la totalité de ses salariés appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par **votre employeur**.
- L'**assureur** est la société d'assurance qui garantit les risques souscrits ; il sera le plus souvent désigné par **nous**.
- Le **groupe assuré** renvoie à la totalité des salariés pour lesquels est conclu le contrat d'assurance ; il est défini aux **Conditions particulières**.
- L'**adhérent** est le salarié du groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par **vous**.
- Les **bénéficiaires** sont l'adhérent et ses ayants droit définis à l'article 3.1.

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
1. Les dispositions relatives à votre notice	2	1.1. Objet de la notice
	2	1.2. Les réclamations
	2	1.3. La prescription
	3	1.4. L'utilisation des données à caractère personnel
	4	1.5. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
2. Les dispositions relatives à votre adhésion obligatoire	5	2.1. Votre adhésion au contrat d'assurance de groupe
	5	2.2. La durée de la garantie
3. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé obligatoire	6	3.1. Les bénéficiaires de la garantie
	6	3.2. Nos remboursements de frais de santé
4. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé facultative	11	4.1. Les conditions d'adhésion
	12	4.2. Le choix de l'option
	12	4.3. Nos remboursements de frais de santé
	12	4.4. Les cotisations de la garantie frais de santé facultative
5. Nos Services Santé	13	5.1. La téléconsultation
	15	5.2. Les services Frais de santé ITELIS
	17	5.3. My Easy santé
	18	5.4. Les services d'assistance
	23	5.5. Hospiway
6. Les maintiens de garantie dont vous pouvez bénéficier	24	6.1. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage
	24	6.2. Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989

1. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE NOTICE

1.1. Objet de la notice

Cette notice a pour but de vous informer des termes du contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire que votre employeur a conclu avec nous.

Ce contrat prend effet à la date indiquée dans les **Conditions particulières du Salarié**. Il a pour objet de garantir, pour les personnes appartenant au groupe assuré indiqué aux **Conditions particulières du Salarié** et répondant aux conditions d'adhésion (article 2.1.), le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie.

Il est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », défini aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et décrets d'application.

1.2. Les réclamations

En cas de réclamation :

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre Service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46307
95901 Cergy Pontoise Cedex 9

en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par le site internet : mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

1.3. La Prescription

Nous vous informons ci-après des conditions d'application de la prescription :

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 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 10 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. du présent article, 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.

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

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

Conformément à l'article L 114-3 du Code des assurances, 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.

1.4. L'utilisation des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer

vos données de votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.**

Vos données 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).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) 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 votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.**

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits :

- Par email : service.informationclient@axa.fr ou
- Par courrier : AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex.

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

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

1.5. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent contrat sera sans effet et nous ne serons pas tenus de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat nous 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 États-Unis d'Amérique.

2. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION OBLIGATOIRE

2.1. Votre adhésion au contrat d'assurance de groupe

Sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, votre adhésion au contrat d'assurance est obligatoire si vous répondez à l'ensemble des conditions suivantes :

- Vous appartenez au groupe assuré,
- Vous êtes affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale,
- Vous bénéficiez d'un contrat de travail en vigueur. Si votre contrat de travail est suspendu pour maladie, maternité ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation de votre employeur, vous bénéficiez des garanties du contrat d'assurance dans les mêmes conditions tarifaires que celles que nous appliquons aux salariés actifs.

2.2. La durée de la garantie

2.2.1. Le début de la garantie

Vous bénéficiez de notre garantie :

- Dès la date d'effet du contrat d'assurance souscrit par votre employeur quand vous êtes déjà membre du groupe assuré,
- À la date de votre entrée dans le groupe assuré lorsque vous en devenez membre après la date d'effet du contrat d'assurance.

Nous remboursons les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre le début et la fin de la garantie.

2.2.2. La fin de la garantie

Vous cessez de bénéficier de la garantie dès :

- Que vous sortez du groupe assuré,
- Que votre contrat de travail est rompu, sauf si vous bénéficiez du maintien prévu à l'article 6.1.,
- L'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi retraite, ou l'attribution de la pension pour incapacité au travail,
- Que le contrat d'assurance conclu entre votre employeur et nous est résilié.

Nous suspendons votre garantie si votre contrat de travail est suspendu sans indemnisation de votre employeur, pour une raison autre que maladie, maternité ou accident.

3. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE

Lorsqu'un des bénéficiaires de la garantie engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement de prestations définies aux **Conditions particulières du Salarié** qui s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Les remboursements frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables des frais exposés par le bénéficiaire pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

3.1. Les bénéficiaires de la garantie

Vous, et vos ayants droit s'ils sont couverts à titre obligatoire, bénéficiez de la garantie. Vos ayants droit sont les membres de votre famille définis ci-après :

- Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale.

Est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.

Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

- Vos enfants et ceux de votre conjoint :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
- jusqu'à leur 28^e anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - ils sont à la recherche d'un 1^{er} emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
- quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.

3.2. Nos remboursements de frais de santé

3.2.1. Contrat « responsable »

Le contrat souscrit par votre employeur 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'adhérent sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour 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,
- au moins 2 prestations de prévention,
- 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 à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

Conformément à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale, le contrat permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

Et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du 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 L 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

3.2.2. Les postes de dépenses sur lesquels nous intervenons

Les frais engagés par les bénéficiaires dans les postes de dépenses présentés ci-après sont pris en charge si les garanties correspondantes ont été souscrites par votre employeur et en fonction des montants et limites décrits ci-après et/ou dans les **Conditions particulières du Salarié**.

Ils doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite aux **Conditions particulières du Salarié**.

Vous bénéficiez du Tiers Payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

La médecine courante

La médecine douce (actes thérapeutiques non remboursés)

La liste des spécialités est indiquée aux **Conditions particulières du Salarié**. Le praticien doit disposer d'un numéro ADELI (professionnels de santé) ou FINESS (médecin).

La prévention

Les frais de transport

La pharmacie

Le dentaire

L'optique

Pour les bénéficiaires relevant du régime local d'Alsace-Moselle : si le cumul de nos prestations et celles du régime local dépassent les plafonds du contrat responsable, nos prestations seront réduites à due concurrence.

L'auditif

Les appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives)

L'hospitalisation

Nous prenons 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.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge au titre du présent poste à partir du 6^{ème} jour d'hospitalisation, les 5 premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge au titre du présent poste dès le 1^{er} jour au titre de l'hospitalisation (les prestations prévues au titre du poste Maternité ne sont dans ce cas pas dues).

L'indemnisation :

- Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
 - Des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale,
- est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, nous garantissons le ticket modérateur.

Les cures thermales

Nous intervenons sur les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport sur la même durée que celle prise en charge par la Sécurité sociale.

La maternité

L'allocation indemnitaire prévue aux **Conditions particulières du Salarié** vient couvrir les frais d'accouchement (et des 5 premiers jours d'hospitalisation) d'une bénéficiaire de la garantie et ce, par dérogation au préambule du présent chapitre, quels que soient les frais restant à la charge de l'intéressée après intervention de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

Ces frais doivent être inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance. L'indemnité est exclusive de toute autre prestation s'agissant des honoraires médicaux et frais de séjour indemnisés par la Sécurité sociale au titre de l'Assurance Maternité. Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement par césarienne sont indemnisés au titre du poste Hospitalisation (l'allocation indemnitaire prévue au titre du présent poste de dépense n'est dans ce cas pas due).

Les frais d'obsèques

Nous prenons en charge les frais d'obsèques d'un bénéficiaire de la garantie.

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Vous bénéficiez du tiers payant pour vos dépenses de pharmacie (pour les produits pharmaceutiques prescrits sur ordonnance et pris en charge par la Sécurité sociale) et, pour les professionnels ayant signé les accords de conventionnement, pour vos dépenses engagées auprès des laboratoires de biologie, des cabinets de radiologie, des auxiliaires médicaux, des centres de santé et des hôpitaux publics en soins externes.

3.2.3. Pièces à fournir

Dans tous les cas où votre décompte de Sécurité sociale nous est télétransmis, vous n'avez pas à nous le faire parvenir.

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
La médecine courante	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée.
La médecine douce	L'original de la facture, avec le n° ADELI ou le n° FINISS du praticien ou pièce numérisée.
La prévention	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin ■ Les médicaments et produits à base de nicotine, prescrits par un médecin ■ Une consultation, prescrite par un médecin, chez un diététicien 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La prescription médicale et l'original de la facture ou pièces numérisées. ■ La prescription médicale et l'original du décompte de la Sécurité sociale ou l'original de la facture s'ils n'ont pas été remboursés par la Sécurité sociale, ou pièces numérisées. ■ La prescription médicale et l'original de la facture ou pièces numérisées.

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Le dépistage de l'hépatite B ■ Le détartrage sus et sous-gingival ■ Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus 	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée. ■ L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée. ■ L'original du décompte de la Sécurité sociale ou l'original de la facture s'il n'a pas été remboursé par la Sécurité sociale, ou pièce numérisée.
Les frais de transport	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée.
La pharmacie	L'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si vous utilisez le tiers payant) ou pièce numérisée.
Le dentaire	<p>L'original du décompte de la Sécurité sociale. Pour les prothèses ou actes de parodontologie, l'original de la facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées.</p> <p>Pour les actes inférieurs à 800 € (2 000 € pour les implants), les pièces numérisées sont acceptées.</p> <p>Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau Partenaires.</p>
L'optique	<p>L'original du décompte de la Sécurité sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pour les lunettes : l'original de la facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre. ■ Pour les lentilles : l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture. <p>Pour les actes inférieurs à 600 € (300 € pour les lentilles), les pièces numérisées sont acceptées.</p> <p>Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau Partenaires.</p>
L'auditif	<p>L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée.</p> <p>En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée.</p> <p>Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau Partenaires.</p>
Les appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives)	<p>L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée.</p> <p>En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée ou pièce numérisée.</p>
L'hospitalisation	<p>Selon la facturation dont relève l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire, ■ L'original de la facture, ■ L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement. <p>Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires ou pièces numérisées.</p>
Les cures thermales	<p>L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée.</p> <p>L'original des factures ou pièce numérisée.</p>
La maternité	<p>L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée.</p> <p>En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée ou pièce numérisée.</p>
Les frais d'obsèques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une copie de l'acte de décès, ■ La facture acquittée des frais d'obsèques. <p>Le versement est effectué à l'assuré, ou en cas de décès de l'assuré, à la personne qui justifie avoir supporté les frais.</p>

Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez.

À défaut des pièces justificatives, nous considérons que les frais réels engagés n'ont pas excédé le tarif de convention de la Sécurité sociale.

La facture doit comporter la mention « acquittée » et détailler les prestations, le prix et la date à laquelle ces prestations ont été réalisées.

Nous pouvons vous demander, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie, et notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit du bénéficiaire.

4. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ FACULTATIVE

Si votre employeur a souscrit la garantie frais de santé facultative, vous pouvez adhérer à l'une des options que nous vous proposons pour compléter votre garantie frais de santé obligatoire. Si les options proposées ne respectent pas le cadre du dispositif législatif des contrats dits « responsable », veuillez vous référer aux dispositions décrites dans les Conditions générales relatives au contrat surcomplémentaire facultatif non responsable.

4.1. Les conditions d'adhésion

Pour adhérer à une option, vous devez compléter le bulletin individuel d'adhésion pour vous-même et vos ayants droit. Votre demande d'adhésion peut avoir lieu à tout moment et elle doit préciser l'option choisie.

4.1.1. Le début de la garantie

Vous bénéficiez de la garantie, selon le cas :

- Dès la date d'adhésion à la garantie frais de santé obligatoire, lorsque votre demande d'adhésion à la garantie frais de santé facultative est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- Dès la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage), lorsque votre demande d'adhésion est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- Dès le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de votre demande d'adhésion, dans les cas non visés ci-dessus. Les montants de garanties visés ci-dessous (article 4.3.) sont alors acquis à 50 % jusqu'à la fin de l'année civile de votre adhésion. Ces dispositions s'appliquent également à vos ayants droit.

Vous ne pouvez plus souscrire d'option si vous êtes en préavis de licenciement ou bénéficiez du maintien de garanties prévu à l'article 6.1.

Vos ayants droit bénéficient de la garantie frais de santé facultative en même temps que vous s'ils sont ayants droit au titre de la garantie frais de santé obligatoire, et au plus tôt à la date à laquelle ils répondent à la définition d'ayant droit.

4.1.2. La fin de la garantie

■ À votre initiative

Vous pouvez demander votre radiation de la garantie frais de santé facultative par lettre recommandée avant le 1^{er} novembre de chaque exercice, le cachet de la poste faisant foi, pour prendre effet au 31 décembre suivant. La cessation de la garantie frais de santé facultative entraîne votre radiation et celle de vos ayants droit.

La radiation d'un de vos ayants droit au titre de la garantie frais de santé obligatoire entraîne sa radiation au titre de la garantie frais de santé facultative à la même date.

Toute radiation est définitive, sauf en cas de changement de situation de famille.

■ Dans les autres cas

Vous cessez de bénéficier de la garantie frais de santé facultative dans les cas prévus aux **Dispositions relatives à votre adhésion obligatoire** (article 2.2.2.).

La garantie frais de santé facultative est suspendue dans les cas de congés pendant lesquels votre contrat de travail est suspendu sans maintien de la garantie frais de santé obligatoire, comme par exemple, le congé parental total d'éducation, le congé pour création d'entreprise, le congé sabbatique ou le congé individuel de formation.

La cessation ou la suspension de la garantie frais de santé facultative pour vous-même s'applique également à vos ayants droit.

4.1.3. La renonciation

Pour vous permettre de prendre votre décision en toute connaissance de cause, vous disposez d'un délai de réflexion de 30 jours à compter de la signature de votre adhésion. Si vous décidez de renoncer à la souscription de la garantie frais de santé facultative dans le délai ci-avant précisé, vous devrez notifier votre décision à AXA Santé Entreprises (TSA 21122 – 37409 Amboise Cedex) ou à l'adresse de votre gestionnaire de contrat par lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e), Nom et Prénom, né(e) le,
demeurant, décide irrévocablement de renoncer à la garantie frais de santé facultative du
contrat n° que j'ai souscrite le, et demande le remboursement
intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'article L 112-2-1 du Code des assurances. Date
..... Signature, ».

La garantie frais de santé facultative cesse immédiatement à la date de l'envoi de cette lettre et l'intégralité des sommes versées sera réglée par AXA Santé Entreprises dans les 30 jours qui suivent la date de réception de cette demande.

4.2. Le choix de l'option

Lors de votre adhésion à la garantie frais de santé facultative, vous avez le choix entre les différentes options de garantie décrites aux **Conditions particulières du Salarié**. Ce choix vaut pour vous-même et vos ayants droit.

Si vous avez choisi une option, vous pouvez demander à changer pour l'autre option pour vous-même et vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- À la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage),
- Au 1^{er} janvier de chaque année, lorsque vous avez bénéficié de l'option précédemment choisie pendant au moins 2 années civiles, sous réserve que votre demande nous parvienne avant le 15 novembre précédent.

Vous ne pouvez plus changer d'option si vous êtes en préavis de licenciement ou bénéficiez du maintien des garanties prévu à l'article 6.1.

4.3. Nos remboursements de frais de santé

Les montants de garantie sont présentés aux **Conditions particulières du Salarié** pour chaque option.

4.4. Les cotisations de la garantie frais de santé facultative

Le montant de la cotisation à la date d'effet du contrat d'assurance est indiqué aux **Conditions particulières du Salarié**. Il est ensuite majoré, au 1^{er} janvier de chaque année et vous êtes informé des nouveaux taux de cotisation au moins un mois avant.

Les cotisations sont payables trimestriellement d'avance. Le règlement est effectué par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat d'assurance sont versées en même temps que les cotisations.

Le paiement de vos cotisations doit être effectué dans les 10 jours suivant leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

En cas de non-paiement de la cotisation complète à l'expiration du délai de 10 jours indiqué précédemment, nous vous adressons une lettre recommandée de mise en demeure.

Si vous n'avez pas acquitté votre cotisation dans les 30 jours qui suivent, nous suspendons votre adhésion conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances.

À défaut de paiement dans les 10 jours qui suivent le délai de 30 jours précité (soit 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure), votre adhésion est résiliée.

5. NOS SERVICES SANTÉ

AXA, votre partenaire santé et prévoyance, vous accompagne avec des services innovants et de qualité.

En agissant au-delà des remboursements que nous devons, nous contribuons à votre bien-être.

Notre écoute, notre savoir-faire d'assureur et notre capacité d'innovation nous permettent d'être à vos côtés à chaque étape de votre vie.

Vous trouverez ci-dessous les services que nous mettons à votre disposition pour améliorer votre santé au quotidien, votre bien-être ou encore pour vous accompagner dans les moments difficiles, à travers des procédures régulièrement simplifiées.

À chaque instant, en toute simplicité, nous prenons soin de vous !

SANTÉ AU QUOTIDIEN

5.1. La téléconsultation

Préambule

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 de votre contrat soient modifiées.

Le service de Téléconsultation médicale n'est pas un service d'urgence.

Avant de partir à l'étranger, vous êtes invités à noter et conserver sur vous le numéro d'urgence du pays où vous vous rendez.

5.1.1. Définitions

- Équipe Médicale ou Équipe de Médecins : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'État (IDE) salariés d'AXA Assistance,
- Médecin : Médecin généraliste,
- Téléconsultation : consultation médicale par téléphone et de manière complémentaire par vidéoconférence.

5.1.2. Objet

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

5.1.3. Mise en œuvre de la garantie

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

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

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

Téléconsultation

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

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

Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera votre appel. Après vous avoir informé(e) des modalités de fourniture de la Téléconsultation et avoir recueilli votre consentement, l'IDE enregistrera votre demande et vous mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procédera à la Téléconsultation.

L'IDE ou le médecin pourront vous proposer de poursuivre la Téléconsultation par vidéoconférence si vous le souhaitez. Les images de la vidéoconférence ne seront pas utilisées à des fins de diagnostic. Vous aurez la possibilité d'adresser au Médecin durant la Téléconsultation des documents (photos, analyses biologiques) qui pourront compléter les informations que vous aurez communiquées oralement. Le Médecin pourra éventuellement utiliser ces documents pour appuyer son diagnostic.

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

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

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

Dans le cas où L'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, vous serez réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

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

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

Information

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

Orientation

À votre demande ou celle de vos bénéficiaires l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut vous aider à exercer votre libre choix en vous conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

5.1.4. Responsabilité

Responsabilité d'AXA Assistance

Les obligations souscrites par AXA Assistance pour la mise en œuvre de la téléconsultation aux termes des présentes sont constitutives d'obligations de moyens.

Dans ce cadre, AXA Assistance ne saurait notamment être tenu pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

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

Responsabilité du Bénéficiaire

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

5.1.5. Informatiques et Libertés

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, AXA Assistance vous informe en sa qualité de responsable de traitement que :

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

Vous disposez, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations vous concernant.

Vous pouvez vous adresser par courrier à : AXA Assistance France - Service Juridique - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.

5.1.6. Réclamation et Différends

Traitement des réclamations

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

Différends


Tous les litiges auxquels la présente annexe 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.

5.1.7. Exclusions

Sont exclus de la Téléconsultation :

- Les Téléconsultations lorsque l'Équipe 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.

5.2. Les services Frais de santé ITELIS

Grâce aux réseaux de professionnels de la santé partenaires d'  , vous bénéficiez de nombreux avantages dans les domaines suivants : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive.

5.2.1. Optique

2500 opticiens partenaires.

Tarifs privilégiés

- 40 % d'économie moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés⁽¹⁾,
- 15 % de remise minimale sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles...),
- 10 % de remise minimale sur les lentilles.

(1) Économie moyenne calculée sur la base des corrections les plus fréquentes et des tarifs des verres de marque les plus vendus, tous types de verres confondus (unifocaux, mi-distance et multifocaux). Source : bases de données Itelis 2014.

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant,
- Réparation et ajustement des équipements optiques,
- Examen annuel de la vue (non médical),
- Garantie casse sans franchise de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles rigides traditionnelles,
- Garantie adaptation sans franchise de 2 mois pour les verres et de 3 mois pour les lentilles traditionnelles,
- Garantie déchirure sans franchise de 3 mois pour les lentilles souples traditionnelles,
- Maintien des offres promotionnelles en cours dans le magasin en sus des avantages Itelis.

Qualité et traçabilité des produits

- Accord avec 12 marques de verres parmi les plus représentatives sur le marché français pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : BBGR, CODIR, ESSILOR, HOYA, MEGA OPTIC, NIKON, NOVACEL, OPTISWISS, RODENSTOCK, SEIKO, SHAMIR et ZEISS VISION CARE (liste susceptible d'évoluer),
- Valorisation de critères de qualité tel que le label « Origine France Garantie »,
- Traçabilité des produits grâce à un certificat d'authenticité disponible sur le site internet du verrier.

5.2.2. Dentaire

2500 chirurgiens-dentistes omnipraticiens et 120 spécialistes en implantologie partenaires.

Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 15 % d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges),
- Jusqu'à 25 % d'économie sur un traitement implantaire,
- Tarif à partir de 1 400 € pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne).

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant pour les prothèses,
- Remplacement de l'implant en cas de rejet.

5.2.3. Audioprothèse

1 000 audioprothésistes partenaires.

Tarifs privilégiés

- 15 % d'économie moyenne sur les aides auditives,
- Zéro reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale)⁽²⁾,
- 10 % de remise minimale sur les produits d'entretien,
- 15 % de remise minimale sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones...).

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant (selon les garanties prévues dans le contrat),
- Garantie panne sans franchise de 4 ans,
- Essai d'un mois minimum,
- Entretien de l'équipement,
- Prêt d'une aide auditive en cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement,
- Dépistage annuel de l'audition (non médical) sans obligation d'achat,
- Maintien des offres promotionnelles dans le centre en cours en sus des avantages Itelis.

Qualité et traçabilité des produits

- Accord avec 12 marques d'aides auditives parmi les plus représentatives sur le marché français pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : AUDIO SERVICE, BELTONE, BERNAFON, HANSATON, OTICON, PHONAK, RESOUND, REXTON, SIEMENS, STARKEY, UNITRON et WIDEX (liste susceptible d'évoluer).

(2) Dans le cadre d'une garantie remboursant a minima le ticket modérateur pour les piles auditives.

Suivi complet même en cas de déménagement

- Suivi d'appareillage durant toute la durée de vie de l'aide auditive avec des rendez-vous de contrôle réguliers après la délivrance de l'équipement, même en cas de déménagement.

5.2.4. Chirurgie réfractive

30 centres de chirurgie réfractive partenaires.

Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 30 % d'économie sur les techniques les plus utilisées,
- Tarif à partir de 1 400 € pour les 2 yeux.

Critères de qualité

- Environnement à haut degré de propreté et protocoles de type opératoire selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé),
- Grande expérience du chirurgien ophtalmologiste (au moins 5 ans dans le domaine de la chirurgie réfractive et au moins 100 procédures par an),
- Examen pré et post opératoire.

5.2.5. Mode d'emploi

1. Localisez le partenaire le plus proche :

- Par internet depuis l'espace personnel de votre complémentaire santé,
- Par téléphone en appelant le centre de gestion de votre complémentaire santé,
- Via l'application webmobile @pplitelis®.

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

3. Demandez à bénéficier des avantages du réseau Itelis.

BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION

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

5.3. My Easy santé

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

Avec My Easy santé vous trouvez :

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

ACCOMPAGNEMENT DANS LES MOMENTS DIFFICILES

5.4. Les services d'assistance

Nous mettons en œuvre des services d'assistance pour les bénéficiaires de la garantie.

5.4.1. Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours

Pour chacune des prestations ci-dessous, seule une intervention par an est prise en charge. Au-delà d'une intervention par an, nous pouvons communiquer au bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût du personnel qualifié reste alors à la charge du bénéficiaire.

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants ou petits enfants de moins de 16 ans, dès le 1^{er} jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, nous l'organisons et la prenons en charge :

- Soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile,
- Soit en acheminant les enfants au domicile d'un de vos proches,
- Soit en confiant la garde de vos enfants à votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à **75 €** maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à **40 heures**, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

Nous intervenons à la demande des parents et nous ne pouvons pas être tenus pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe.

Aide-ménagère à domicile

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les 8 jours suivant votre hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à une période maximale de **40 heures**. La durée de présence de l'aide ménagère est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder **40 heures**, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

Garde-malade

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde-malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les 8 jours suivant votre hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour.

Présence d'un proche à votre chevet

Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe pour un proche résidant en France afin de se rendre à votre chevet pendant votre immobilisation.

Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant **3 nuits** maximum à concurrence de **80 € par nuit** (chambre et petit-déjeuner inclus).

Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.

Cette garantie est accordée si aucun membre de votre famille ne se trouve dans un rayon de 50 km de votre lieu de domicile.

Organisation de services

À votre demande ou à celle de l'un de vos proches, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre, par notre équipe médicale, en fonction de votre état de santé et du lieu de destination), recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, soutien pédagogique, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

À votre demande et sur prescription médicale, notre équipe médicale recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour de votre domicile.

Soins à domicile

En cas d'hospitalisation au domicile ou d'immobilisation au domicile, nous mettons à votre disposition un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale de votre médecin traitant.

Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à votre charge.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

Soutien pédagogique

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de votre enfant nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs, nous recherchons 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 du cours préparatoire 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.

Ces cours sont dispensés à partir du 15^e jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

5.4.2. Informations maternité

Notre équipe médicale vous communique des informations et conseils médicaux en puériculture, de 8 h à 20 h et du lundi au vendredi. Elle donne tout renseignement d'ordre général.

Selon les cas, nous devons nous documenter ou effectuer des recherches et vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises dans les domaines suivants :

- Habitation (acquisition, construction, financement, bail, congés, aide au logement),
- Impôts (fiscalité, calcul de l'impôt),
- Assurance vie,
- La famille : la grossesse et la naissance, l'adoption, l'éducation des enfants, prévoir sa succession, les handicaps,
- Les prestations familiales (allocations familiales, allocations logement, allocations de naissance, aide à la garde d'enfant, complément familial, allocation de parent isolé), les congés parentaux, l'assurance maternité du régime général, la protection de la femme enceinte, les établissements maternels.

- L'information administrative et sociale : les congés parentaux, le congé maternité, le congé paternel, les allocations familiales, les allocations spécifiques de la CAF, allocation de soutien familial, allocation de parent isolé, les diverses prestations, la prestation d'accueil du jeune enfant, les primes à la naissance, le cumul des primes, la durée légale des congés de maternité, la Sécurité sociale et indemnités journalières, l'incidence fiscale en fonction du statut matrimonial.
- L'information médicale et paramédicale : la grossesse (les consultations obligatoires, les 3 échographies, la péridurale, l'épisiotomie, la radiopelvimétrie, l'amniocentèse, la choriocentèse, la grossesse extra-utérine, le placenta prævia, la toxoplasmose, le facteur rhésus et incompatibilité maternofoetal, la rubéole), l'accouchement (les signes précurseurs, la césarienne, l'accouchement après terme) et pour le nourrisson l'évolution (sommeil, tonus, préhension...), le développement psychomoteur et affectif, les maladies (érythèmes, méningite, bronchiolite...), et la dentition.

L'intervention de notre médecin se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, nous conseillerions au bénéficiaire de consulter son médecin traitant.

5.4.3. Garanties d'assistance en cas de cancer

En cas de cancer, nous mettons en œuvre les services suivants pour vous accompagner.

Ligne Infos Cancer : Prévention du cancer/récidive second cancer (service disponible dès la souscription)

À votre demande, dès la souscription du contrat, notre Cellule Médico-Sociale vous donne des conseils afin de prévenir la récurrence ou l'apparition d'un second cancer, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h.

Nous organisons sans prendre en charge un accompagnement personnel réalisé par un professionnel sur plusieurs thèmes : nutrition, tabac, alcool, stress, activité physique.

Ces conseils sont aussi disponibles après le traitement d'un cancer, afin d'éviter une récurrence ou l'apparition d'un second cancer.

Accompagnement personnalisé face au cancer (service disponible dès l'annonce du cancer)

Dès l'annonce de la maladie, notre Cellule Médico-Sociale est à votre disposition du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h pour vous apporter des conseils, informations et services personnalisés pour faire face au cancer.

■ **Informations sur les démarches administratives – Démarches auprès des organismes spécialisés**

À votre demande, nous réalisons une évaluation par téléphone de votre situation par un(e) Assistant(e) Social(e) qui vous aidera à organiser vos démarches auprès des organismes appropriés en prenant contact, si vous le souhaitez, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés.

■ **Orientation vers des organismes spécialisés dans l'accompagnement des patients**

À votre demande, nous pouvons vous mettre en contact avec des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes atteintes du cancer. Par ailleurs, nous pouvons vous orienter vers des centres de thalassothérapies spécialisées dans l'accompagnement de protocoles de chimiothérapie/ radiothérapie. Enfin, nous pouvons vous mettre en relation avec des associations spécialisées dans la pratique du sport comme complément aux thérapies.

■ **Assistance psychologique par téléphone**

Pour vous aider à mieux vivre l'annonce de votre cancer et le traitement médical, nous organisons et prenons en charge une assistance psychologique par téléphone avec un spécialiste, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, dans la limite de 3 entretiens de 30 minutes.

■ **Organisation de services**

À votre demande, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre en fonction de votre état de santé et du

lieu de destination), livraison de courses, service de pressing, coiffeur, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Par ailleurs, à votre demande, nous organisons la livraison de plateaux repas contenant des aliments reconnus pour leurs qualités nutritionnelles et si besoin compatibles avec des traitements médicaux spécifiques.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

■ Soins à domicile

En cas d'hospitalisation au domicile ou d'immobilisation au domicile, nous mettons à votre disposition un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale de votre médecin traitant.

Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à votre charge.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

■ Accompagnement professionnel

Pour vous soutenir dans votre vie professionnelle pendant la durée du traitement ou lors de la reprise de votre travail une fois le traitement terminé, nous organisons et prenons en charge un accompagnement personnel réalisé par un professionnel. Cet accompagnement est constitué d'un bilan personnel puis de 3 séances de suivi.

Assistance en cas d'hospitalisation de plus de 4 h ou d'immobilisation au domicile de la même durée pour des soins de chimiothérapie et/ou radiothérapie

Les 2 prestations suivantes sont cumulables mais la somme des heures allouées ne peut excéder au total 100 heures par an. Au-delà de cette limite les frais de personnel qualifié restent alors à la charge du Bénéficiaire.

■ Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants de moins de 16 ans, dès la 1^{ère} heure de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, nous l'organisons et la prenons en charge :

- soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile,
- soit en acheminant les enfants au domicile d'un de vos proches,
- soit en confiant la garde de vos enfants à votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école.

Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école ne sont pas pris en charge.

Cette prestation est limitée au nombre d'heures indiquées ci-dessus, réparties selon les cas sur plusieurs jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

Nous intervenons à la demande des parents et nous ne pouvons pas être tenus pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe.

■ Aide-ménagère à domicile

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques (ménage, achats quotidiens, préparation de repas).

Nous limitons toutefois cette aide au nombre d'heures indiquées ci-dessus. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation avec un minimum de 2 heures consécutives par jour.

5.4.4. Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile

Si vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de votre domicile, nous organisons et prenons en charge votre rapatriement sanitaire par le moyen de transport de notre choix dès que votre état de santé le permet.

La décision de vous rapatrier est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Nous vous dirigeons alors :

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

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

5.4.5. Définitions applicables aux services d'assistance

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.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire. Il est situé en France.

Équipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur.

Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences) entraînant par la suite une immobilisation au domicile.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours.

Maladie

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

Membre de la famille

Ascendants et descendants au 1^{er} degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un PACS, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

Proche

Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

Territorialité

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier.

Les autres garanties s'exercent en France uniquement.

5.4.6. Mise en œuvre des services d'assistance

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons. Pour la mise en place des services d'assistance, vous devez nous contacter au numéro figurant sur votre attestation de tiers payant santé.

Seule notre équipe médicale est habilitée à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation d'assistance.

Nous ne pouvons être tenus 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.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

5.5. Hospiway

Hospiway® est un service d'information pour vous aider à préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche. Ce site est accessible depuis l'espace du gestionnaire de santé.

Ce site propose :

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

6. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER

6.1. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

Vous pouvez bénéficier du maintien des garanties obligatoires et facultatives du contrat d'assurance conclu entre votre employeur et nous, en cas de rupture de votre contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, sauf :

- En cas de licenciement pour faute lourde,
- Si les droits à couverture complémentaire ne vous étaient pas ouverts au jour de la rupture de votre contrat de travail.

Ce maintien s'applique à l'ensemble de vos ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du contrat d'assurance conclu entre votre employeur et nous.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise pendant la durée du maintien : les modifications apportées au régime d'entreprise pendant cette durée sont donc appliquées aux bénéficiaires du présent maintien.

Nous maintenons les garanties du contrat d'assurance à compter du lendemain de la rupture de votre contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée de votre dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, telle que nous l'aura déclarée votre employeur, dans la limite de 12 mois.

Le maintien de vos garanties doit vous être signalé dans le certificat de travail établi par votre employeur. Après l'avoir complétée et signée, votre employeur nous remettra la déclaration de maintien et vous en donnera une copie.

En revanche, il vous appartient de nous justifier directement vos droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. Aussi, nous nous réservons la possibilité de conditionner le versement des prestations à la justification de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage. Nous pouvons donc suspendre le versement des prestations jusqu'à ce que vous nous transmettiez le justificatif demandé.

En tout état de cause, vous vous engagez à nous déclarer dans les meilleurs délais, votre reprise du travail ou la liquidation de vos droits à pension de retraite. À défaut, vous vous exposez au remboursement d'éventuels indus.

Nous cessons le maintien des garanties à la survenance du 1^{er} des évènements suivants :

- Au terme de la durée maximale prévue ci-dessus,
- Au jour où vous trouvez un nouvel emploi ou liquidez vos droits à pension de retraite,
- À la date de résiliation du contrat d'assurance.

Si vous bénéficiez du présent maintien, vous pourrez toutefois demander, dans les 6 mois qui suivent son expiration, à bénéficier des possibilités qui vous sont offertes par l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 (voir article suivant).

Aucune cotisation n'est due pour bénéficier du présent maintien.

6.2. Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Pour vous permettre de bénéficier d'un maintien des garanties Frais de santé en cas de rupture de votre contrat de travail, nous vous proposons une assurance à adhésion facultative.

Vous devez nous faire la demande d'adhésion dans les 6 mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent la fin du maintien de garantie prévu à l'article ci-dessus.

Nous vous adressons la proposition de maintien de la couverture au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire. La garantie prend effet au lendemain de votre demande.

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 1^{ère} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
- La 2^{ème} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
- La 3^{ème} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Vous pouvez souscrire :

- Si vous êtes en incapacité ou en invalidité et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale,
- Au moment de votre départ en préretraite ou à la retraite,
- Si vous êtes privés d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement (si vous avez bénéficié du maintien prévu à l'article 6.1. ci-dessus, la période de 6 mois s'entend à compter de la fin dudit maintien).

En cas de décès, vos ayants droit (tels que définis à l'article 3.1.) peuvent également bénéficier du maintien de garantie pendant 12 mois, s'ils en font la demande dans les 6 mois qui suivent la date de votre décès.

Cette assurance à adhésion facultative prend effet au plus tard le lendemain de la demande et est accordée sans délais d'attente, ni questionnaire médical.

Votre interlocuteur AXA



Votre Espace Client **Mon AXA**

Retrouvez l'ensemble de vos services
en ligne sur **Mon AXA** via [axa.fr](https://www.axa.fr)

AXA vous répond sur :



 **assurance citoyenne**

Cette offre appartient à la gamme « Assurance citoyenne ». Par cette démarche, AXA s'engage à plus de confiance, plus de prévention, plus de solidarité, plus d'engagement pour l'environnement, et incite chacun à adopter un comportement plus responsable. Pour en savoir plus, rendez-vous sur [axa.fr](https://www.axa.fr)

