

## NOUS CONTACTER

**VOTRE INTERMÉDIAIRE**  
**HERLORY PIERRE-LAURENT**  
14 RUE DE LA MUETTE  
78600 MAISONS LAFFITTE  
Code FIA 22675



Assurance et Banque

SARL AQUILA CONSULTING  
18 RUE KLEBER  
92400 COURBEVOIE

LE 15 OCTOBRE 2020

## VOS RÉFÉRENCES

### Document à conserver

Votre contrat  
n° 2431542420

Nom produit  
**Adaptalia Bureaux d'études  
techniques, cabinets  
d'ingénieurs-conseils, sociétés  
de conseils Santé**

Formule  
**Bien-être**

Groupe assuré  
**Cadres définis dans le  
dispositif d'entreprise**

Structure de cotisation  
**Uniforme**

Date d'effet au  
**01/08/2020**

## Votre Espace Client

Retrouvez l'ensemble  
de vos services en ligne  
sur [axa.fr](http://axa.fr)



# NOTICE D'INFORMATION

## Votre contrat de complémentaire Santé



Votre employeur, la société SARL AQUILA CONSULTING, a souscrit un contrat frais de santé collective référencé au numéro 2431542420.

Il est constitué d'un régime de base obligatoire.

Le groupe assuré par ce contrat est le suivant : Cadres définis dans le dispositif d'entreprise.

Cette notice a pour but de vous informer des termes du contrat frais de santé collective à adhésion obligatoire que votre employeur a conclu avec nous.

Le contrat frais de santé collective souscrit par votre employeur prend effet le 1<sup>er</sup> août 2020.

Votre garantie prend effet à compter de votre adhésion individuelle, selon les dispositions de l'article « Les conditions d'adhésion au régime de base ».

Votre notice vous précise, dans les pages qui suivent, les prestations offertes lorsque le risque souscrit se réalise entre la date de début et de fin de garantie.

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le chapitre « Définitions ».

# SOMMAIRE

---

## BIEN COMPRENDRE VOTRE CONTRAT

Chapitre	Page
<b>1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL.....</b>	<b>4</b>
<b>2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES.....</b>	<b>10</b>
2.1 Les bénéficiaires de la garantie.....	10
2.2 Les conditions d'adhésion au régime de base.....	10
<b>3. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....</b>	<b>12</b>
3.1 Nos remboursements de la garantie Frais de santé.....	12
3.2 Les documents nécessaires à votre remboursement.....	15
<b>4. BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION.....</b>	<b>18</b>
4.1 My Easy santé.....	18
<b>5. SANTÉ AU QUOTIDIEN.....</b>	<b>19</b>
5.1 Téléconsultation.....	19
5.2 Les réseaux de professionnels de santé.....	21
<b>6. ACCOMPAGNEMENT DANS LES MOMENTS DIFFICILES.....</b>	<b>24</b>
6.1 Avant une hospitalisation : Hospiway d'Itelis.....	24
6.2 Les services d'assistance dont vous bénéficiez.....	24
6.2.1 Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation.....	24
6.2.2 Après l'hospitalisation ou l'immobilisation.....	25
6.2.3 Assistance en cas de grossesse ou séjour en maternité.....	25
6.2.4 Assistance en cas de maladies graves.....	26
6.2.5 Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile.....	30
6.2.6 Mise en œuvre des services d'assistance.....	30
<b>7. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ.....</b>	<b>32</b>
7.1 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.....	32
7.2 Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989.....	32
<b>8. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT.....</b>	<b>34</b>
8.1 La prescription.....	34
8.2 L'utilisation des données à caractère personnel.....	35
8.3 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale.....	35

8.4 Nous contacter.....	36
<b>9. DÉFINITIONS.....</b>	<b>37</b>
9.1 Définitions générales à votre contrat.....	37
9.2 Définitions applicables aux services d'assistance.....	45

# 1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL

Nous vous présentons ci-dessous les montants et niveaux remboursés par AXA au titre du contrat socle obligatoire.

Ils viennent compléter ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Nous remboursons certaines prestations même non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

	<b>Base</b>
	Responsable
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale
<b>Hospitalisation (y compris frais de maternité)</b>	
<b>Frais de séjour</b>	
Frais de séjour dans un établissement conventionné	100% FR - MR
Frais de séjour dans un établissement non conventionné	90% FR - MR limités à 300% BR
<b>Honoraires</b>	
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	370% BR - MR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	200% BR - MR
<b>Forfait journalier hospitalier</b> - par journée ou par nuitée	100% forfait
<b>Forfait actes lourds</b>	100% frais réels
<b>Chambre particulière</b>	
Chambre particulière (par jour)	95 euros
limité à 60 jours en hospitalisation psychiatrique	
<b>Frais d'accompagnement</b>	
Personne accompagnante (par jour)	95 euros
limité à 60 jours en hospitalisation psychiatrique	
<b>Hospitway</b>	
Pour préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche, le service Hospitway vous permet de faire une recherche d'établissement parmi 200 pathologies sur la zone géographique souhaitée. Les données sont issues des 20 millions d'hospitalisations en France, à la fois lourdes et fréquentes.	Oui
<b>Soins Courants</b>	
<b>Maternité</b>	
Forfait maternité (par enfant, en cas de naissances ou d'adoptions multiples le forfait est doublé)	635 euros
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultation ou visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	320% BR - MR
Consultation ou visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR - MR

	<b>Base</b>
	Responsable
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale
Consultation ou visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	370% BR - MR
Consultation ou visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR - MR
Actes techniques médicaux, et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	370% BR - MR
Actes techniques médicaux, et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR - MR
<b>Imagerie médicale</b>	
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	370% BR - MR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR - MR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	320% BR - MR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	320% BR - MR
<b>Médicaments</b>	
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR - MR
Diététique non remboursée par la Sécurité sociale et prescrite par un diététicien ou un médecin - par année civile	60 euros
Moyens contraceptifs féminins prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale (forfait global par année civile)	50 euros
<b>Matériel médical</b>	
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale	370% BR - MR
<b>Médecines non conventionnelles</b>	
Médecine douce réalisée par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou FINESS (par année civile) - Spécialités prises en charge : Ostéopathie, Chiropractie, Pédicurie-podologie, Acupuncture, Diététique, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie, dans la limite de 3 séances	50 euros par séance
<b>Prévention</b>	
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale - Remboursement minimum, sinon remboursement selon le poste auquel il est rattaché.	100% BR - MR
Vaccins prescrits par un médecin non pris en charge par la Sécurité sociale dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché (par année civile)	285 euros
Vaccin antigrippe - par année civile, sur prescription du médecin	15 euros
Ostéodensitométrie / Densitométrie osseuse non prise en charge par la Sécurité sociale - par année civile, sur prescription du médecin	50 euros

	<b>Base</b>
	Responsable
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile	60 euros
Les séances d'activité physique prescrites et adaptées aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique. 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, par année civile	200 euros
Connecteurs Bluetooth pour stylos à insuline ou pour glucomètre, prescrit par un médecin - cette garantie intervient une fois dans la vie du contrat	100 euros
<b>Autres postes</b>	
Frais de Transports	100% BR - MR
Cure thermale : frais médicaux, frais de séjour et frais de transport (forfait par année civile) - Limitation de la garantie des médecins non adhérents à l'un des DPTAM à 200% BR-MR	476 euros
<b>Téléconsultation</b>	
La Téléconsultation Médicale permet aux salariés de consulter un médecin par téléphone ou vidéo 24/7. Numéro de téléphone sans surcoût Depuis la France : 36 33 / Depuis l'étranger : +33 1 55 92 27 54	Oui
<b>My Easy Santé</b>	
Le programme de prévention digital My Easy Santé vous aide à préserver, améliorer votre santé au quotidien et réduire vos facteurs de risque.	Oui
<b>Aides Auditives</b>	
<b>Aides auditives jusqu'au 31 décembre 2020</b>	
Equipements de classe 1 ou 2 - Au minimum, remboursement de 100% BR-MR	1000 euros
Remboursement par oreille dans la limite de 2 prothèses par an avec un minimum de prise en charge de 100% BR-MR	
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	370% BR - MR
<b>Aides auditives à partir du 1er janvier 2021</b>	
Equipement 100% Santé	100% PLV - MR
Equipement à tarif libre de classe 2 pour les adultes	1240 euros - MR
Equipement à tarif libre de classe 2 pour les enfants	1700 euros - MR
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.	
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	370% BR - MR
<b>Dentaire</b>	
<b>Soins et prothèses 100% Santé</b>	100% PLV - MR
<b>Soins (hors 100% Santé)</b>	
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie pris en charge par la Sécurité sociale	370% BR - MR

	<b>Base</b>
	Responsable
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile)	320 euros
<b>Prothèses (hors 100% Santé)</b>	
Prothèses à tarifs limités - dans la limite de 100% PLV-MR	450% BR - MR
Prothèses à tarifs libres - Le remboursement des prothèses dentaires est limité à 3 prothèses par année civile, au-delà nous garantissons 125% BR-MR	450% BR - MR
<b>Orthodontie</b>	
Orthodontie prise en charge	370% BR - MR
Orthodontie non prise en charge	634 euros
<b>Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale</b>	
Implants dentaires - par acte, dans la limite de 3 actes par an	780 euros
<b>Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale</b>	
Couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées (forfait annuel) - par dent, dans la limite de 3 dents par an	350 euros
<b>Optique</b>	
<b>Verres et monture</b>	
Equipements 100 % Santé	100% PLV - MR
Equipements à tarif libre avec des Verres Simples	400 euros - MR
Equipements à tarif libre avec des Verres Complexes	590 euros - MR
Equipements à tarif libre avec des Verres Très complexes	650 euros - MR
dont un remboursement de la monture à tarif libre (Classe B) limité à :	100 euros - MR
<p>Nous limitons notre prise en charge (à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire) à 1 monture et 2 verres tous les deux ans; à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue : 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. Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.</p>	
<p>Verres simples: Avec verres uni-focaux Sphère entre -6 et 6  Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4  Sphérocyindrique &gt; 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6  Verres complexes : Avec verres uni-focaux, Sphère hors zone -6 et 6  Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre &gt; 4  Sphérocyindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25  Sphérocyindrique &gt; 0 et (Sphère + Cylindre) &gt; 6  Avec verres multifocaux Sphère entre -4 et 4  Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4  Sphérocyindrique &gt; 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8  Verres très complexes : Avec verres multifocaux  Sphère hors zone -4 et 4  Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4  Sphérocyindrique &lt; -8 et Cylindre sup = 0,25  Sphérocyindrique &gt; 0 et (Sphère + Cylindre) &gt; 8</p>	

<b>Base</b>
Responsable
en complément des remboursements de la Sécurité sociale

#### Autres postes Optique

Lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables) - forfait global par an, au delà la garantie des lentilles prises en charge est de 100% BR-MR	200 euros
La chirurgie réfractive (forfait par œil et par année civile)	1000 euros
<b>Itelis</b>	
Le Réseau Itelis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget.	Oui

## Comprendre les abréviations de votre tableau de garanties

- DPTAM** Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- PMSS** Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.
- BR** Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
- MR** Montant Remboursé par la Sécurité sociale française.
- TM** Ticket modérateur est égal à la Base de Remboursement (BR) – Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- BR-MR** Base de Remboursement (BR) – Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- FR-SS** Frais Réel – Remboursement de la Sécurité sociale française (SS) : cela signifie que la garantie couvre la totalité des dépenses engagées par l'assuré, à l'exception de la part remboursée par la Sécurité sociale française.
- Euros** Montant remboursé par la Complémentaire santé sous la forme d'un forfait en euros.
- PLV** Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

## Définitions 100% Santé

### Dentaire

**Soins et prothèses 100% Santé :** Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente : PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale française (**MR**).

**Prothèses à tarifs limités :** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente : PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale française (**MR**).

**Prothèses à tarifs libres :** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité Sociale.

### Aides auditives

**Équipements 100% Santé :** Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente : PLV**) en application de l'article L.165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale française (**MR**).

### Optique

**Équipements 100% Santé :** Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente : PLV**) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale française (**MR**).

En cas d'équipement mixte 100 % santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100 % santé.

## 2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

### 2.1 Les bénéficiaires de la garantie

Vous et vos ayants droit 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 au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit 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<sup>e</sup> anniversaire, s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
  - jusqu'à leur 28<sup>e</sup> anniversaire, s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
    - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
    - ils sont à la recherche d'un premier 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 l'une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>e</sup> anniversaire.

### 2.2 Les conditions d'adhésion au régime de base

#### Pour vous, assuré

Sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, l'adhésion est obligatoire si vous répondez à l'ensemble des critères suivants :

- Vous appartenez au groupe assuré,
- Vous êtes affilié à la Sécurité sociale,
- Vous bénéficiez d'un contrat de travail 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 L 1225-17 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (article L1225-35 du Code du 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 au groupe assuré, 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 de votre employeur).

#### La durée de la garantie

##### Le début de la garantie

Vous bénéficiez de notre garantie :

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

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. Nous remboursons également les prestations, non prises en charge par la Sécurité sociale mais ayant un lien avec les régimes de base de la Sécurité sociale et devant être prévues dans les garanties du présent contrat, pour lesquelles la date indiquée sur la facture est comprise entre le début et la fin de la garantie.

## 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 en cas de maintien tel que prévu au chapitre "Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez",
- 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 inaptitude au travail,
- La résiliation de ce contrat.

Nous suspendons notre garantie si votre contrat de travail est suspendu sans indemnisation de votre employeur, pour une raison autre que maladie, accueil de l'enfant ou accident.

## Pour vos ayants droit

Vos ayants droit 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 "Les bénéficiaires de la garantie".

## La durée de la garantie du régime de base

### Le début de la garantie du régime de base

La date d'admission à l'assurance des ayants droit est subordonnée au paiement de la 1<sup>re</sup> cotisation ; elle prend effet :

- À la date de votre admission à l'assurance lorsque les ayants droit figurent sur votre bulletin individuel d'affiliation initial,
- S'agissant du conjoint ou du partenaire, la date de mariage ou de signature du PACS lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- À la date à laquelle l'ayant droit répond à la définition visée à l'article "Les bénéficiaires de la garantie" ci-dessus, lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- Dans les cas non visés ci-dessus, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, lorsque la demande est reçue avant le 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

### La fin de la garantie du régime de base

Les ayants droit cessent de bénéficier de la garantie :

- À la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition visée à l'article "Les bénéficiaires de la garantie",
- Au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de l'adhésion de l'ayant droit sous réserve qu'il l'ait notifiée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique au moins 2 mois avant la date précitée.

Toutefois, il ne lui est pas possible de résilier son adhésion au cours de sa 1<sup>re</sup> année d'adhésion, sauf s'il ne répond plus à la définition des ayants droit.

- En cas de cessation du paiement des cotisations,
- En cas de cessation de l'assurance pour vous, assuré, et en particulier en cas de résiliation du présent contrat.

Toute résiliation est définitive sauf en cas de changement de situation de famille.

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

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

Les prestations de remboursement des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation du bénéficiaire, pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L131-2 du Code des assurances).

#### 3.1 Nos remboursements de la garantie Frais de santé

##### Contrat « responsable »

Votre contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. 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 pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge pour l'assuré pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels. La mise en place de cette prise en charge se fait progressivement selon le calendrier réglementaire.

##### ■ Il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisés) 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),
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties de la convention sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux salariés de l'entreprise adhérente, et à leurs ayants droits le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

En outre, le présent contrat :

- Respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du Code de la Sécurité Sociale,
- Reprend l'ensemble des libellés normés et des exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

##### Les frais que nous prenons en charge

Nous remboursons les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale française est comprise entre le début et la fin de la garantie. Nous remboursons également les prestations, non prises en charge par la Sécurité sociale française mais prévues dans les garanties du présent contrat, pour lesquelles la date indiquée sur la facture est comprise entre le début et la fin de la garantie.

Ainsi, nous prenons en charge les frais engagés par les bénéficiaires si les garanties sont présentées dans l'article « Vos garanties en détail » et selon les règles énoncées ci-après :

## HOSPITALISATION

- Frais de séjour, y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques,
- Honoraires médicaux et chirurgicaux,
- Forfait journalier hospitalier,
- Forfait actes lourds.

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.

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.

## SOINS COURANTS

- Honoraires médicaux des médecins généralistes et spécialistes pour les actes et prestations réalisés (consultations et visites, actes techniques, actes de chirurgie),
- Imagerie médicale (radiographies, actes d'imagerie, échographies et dopplers...),
- Analyses et examens de laboratoire (analyses biologiques),
- Honoraires paramédicaux des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes) pour les actes et prestations réalisés (consultations, actes techniques, ...),
- Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale correspondant à l'ensemble des **spécialités** remboursables inscrites à la liste mentionnée à l'article L 162-17 du code de la Sécurité sociale),
- Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM),
- Matériel médical au sens de l'article L 5211-1 du code de la Santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale (appareillages, prothèses et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale),
- Maternité ou adoption,
- Médecine non conventionnelle pour les prestations effectuées par un praticien disposant d'un numéro ADELI ou RPPS (professionnels de santé) ou FINESS (établissements sanitaires ou sociaux),
- Frais de transport,
- Cures thermales avec les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport pour la même durée que celle prise en charge par la Sécurité sociale.

## SOINS COURANTS - PRÉVENTION

- Tout acte de prévention pris en charge par la Sécurité sociale,
- Substituts nicotiniques, tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique avec une autorisation de mise sur le marché ou une norme Afnor,
- Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché,
- Séances d'activité en cas de d'affection longue durée. 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 D 1172-2 du Code de la santé publique.

## AIDES AUDITIVES

Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive inscrits à la nomenclature et pris en charge par la Sécurité sociale.

## DENTAIRE

- Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale,
- Soins et prothèses fixes, et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) pris en charge par la Sécurité sociale,
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale.

## OPTIQUE

Dispositifs médicaux et prestations relatifs à l'optique (verres, monture, lentilles de contact...) inscrits à la nomenclature et pris en charge par la Sécurité sociale.

## EXCLUSION

- 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 ».

## 3.2 Les documents nécessaires à votre remboursement

En cas de télétransmission entre la Sécurité sociale et nous, vous n'avez pas à nous transmettre vos décomptes de la Sécurité sociale.

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
<b>HOSPITALISATION</b>	
	<p>Selon la facturation dont relève l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,</li> <li>■ L'original de la facture,</li> <li>■ L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement</li> </ul> <p>Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires.</p>
<b>SOINS COURANTS</b>	
Soins courants, médicaments et matériel médical pris en charge par la Sécurité sociale	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture ou pièces numérisées
Médicaments et homéopathie non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin en cas d'affection de longue durée	La prescription médicale bizona et l'original de la facture ou pièces numérisées
Matériel médical en cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	L'original du décompte de la Sécurité sociale et la facture détaillée ou pièces numérisées
Matériel médical pour une garantie complémentaire en cas d'affection de longue durée	La prescription médicale bizona ou une attestation du médecin traitant indiquant une reconnaissance de l'affection de longue durée, l'original du décompte de la Sécurité sociale et la facture détaillée ou pièces numérisées
Maternité	Une copie de l'acte de naissance de l'enfant
Adoption	Une copie du jugement d'adoption plénière
Médecine non conventionnelle	L'original de la facture avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien, et pour les garanties complémentaires en cas d'affection de longue durée, la prescription médicale bizona ou une attestation du médecin traitant indiquant une reconnaissance de l'affection de longue durée ou pièces numérisées
Frais de transport	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
Cures thermales	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée L'original des factures
Obsèques	Une copie de l'acte de décès et la facture détaillée des frais d'obsèques
<b>SOINS COURANTS - PRÉVENTION</b>	
Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
Actes de prévention non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture ou pièces numérisées

Séances d'activité physique en cas d'ALD	La prescription du médecin traitant mentionnant « Activité physique adaptée » et l'original de la facture.
Connecteur Bluetooth pour stylos à insuline ou pour glucomètre, prescrit par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture ou pièces numérisées
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
Prothèses auditives et accessoires auditifs	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	La facture détaillée
Pour les dispositifs achetés au sein du réseau partenaires	Une demande de prise en charge
<b>DENTAIRE</b>	
Soins et actes dentaires	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
Pour les actes inférieurs à 800 euros et à 2000 euros pour les implants	Les pièces numérisées sont acceptées
Pour les actes effectués dans le réseau des partenaires	Une demande de prise en charge
<b>OPTIQUE</b>	
Équipements optiques	L'original du décompte de la Sécurité sociale
Pour les lunettes ou l'implant intraoculaire multifocal	L'original de la facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre
Pour les dispositifs achetés au sein du réseau de partenaires	Une demande de prise en charge
Pour les lentilles	L'original de la prescription médicale datant de moins de 2 ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture.
Pour l'opération de l'œil	L'original de la facture
Pour les actes inférieurs à 600 euros et à 300 euros pour les lentilles	Les pièces numérisées sont acceptées

#### Quelques informations supplémentaires :

Nous conserverons les pièces justificatives transmises.

A défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif 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 la garantie et, notamment en cas de couverture de vos ayants droit, la preuve de leur qualité.

**Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, être adressées dans les 24 mois suivant la date des soins.**

## 4. BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION

---

### 4.1 My Easy santé

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



**My Easy santé c'est une appli simple à télécharger, ou accessible sur [myeasysanté.fr](https://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 leurs 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.

## 5. SANTÉ AU QUOTIDIEN

---

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.

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.

### 5.1 Téléconsultation

#### Présentation de la garantie

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 télémedecine, et s'exerce sur la base d'un contrat conclu avec l'Agence régionale de Santé (ARS) compétente. Le non-renouvellement par l'ARS de ce contrat constituerait un cas de force majeure entraînant la cessation de la garantie Téléconsultation sans préavis et sans que l'ensemble des autres dispositions de votre contrat soient modifiées.

#### Objet

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

#### Mise en œuvre de la garantie

AXA assistance répond 24h/24 et 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 ayants droit. 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 du bénéficiaire, peuvent être de trois 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 des modalités de fourniture de la Téléconsultation et avoir recueilli votre consentement, l'IDE enregistrera votre demande et vous mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procèdera à la Téléconsultation.

L'IDE ou le médecin pourront proposer de poursuivre la Téléconsultation.

La vidéoconférence permet de compléter la communication téléphonique par une communication visuelle. 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 communiquées oralement. Le Médecin pourra éventuellement utiliser ces documents pour appuyer son diagnostic.

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

Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

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

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

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

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

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

### **Information**

A votre demande, 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**

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

## **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.

## **Informatiques et Libertés**

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

- Les réponses aux questions qui vous sont posées lors de votre appel par l'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 adresser par courrier à : AXA Assistance France - Service Juridique – 6 rue André Gide – 92320 Châtillon

## Réclamations et Différends

### Traitement des réclamations

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

### Différends

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

## 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.

## 5.2 Les réseaux de professionnels de santé

Grâce aux réseaux de professionnels de la santé partenaires d' , vos salariés bénéficient de nombreux avantages dans les domaines suivants : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive, médecine douce.

**Les dispositions ci-dessous décrivent ces avantages non contractuels tels que proposés à la date d'effet de votre contrat. Ils sont susceptibles d'évoluer sans formalisation contractuelle, l'assureur s'engageant à vous en informer par tout moyen.**

### Optique

#### Tarifs privilégiés

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

\*Economie 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 (selon les garanties prévues dans le contrat),
- 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.

## Dentaire

### 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 (selon les garanties prévues dans le contrat),
- Remplacement de l'implant en cas de rejet.

## Audioprothèse

### Tarifs privilégiés

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

\*Dans le cadre d'une garantie remboursant à minima le ticket modérateur pour les piles auditives.

### 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).

### 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.

## Chirurgie réfractive

### Tarifs privilégiés

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

## Médecine douce : ostéopathes/chiropracteurs, psychologues, et diététiciens

### Tarifs privilégiés

- **10 %** d'économies en moyenne sur les **consultations d'ostéopathes / chiropracteurs**,
- Consultations de diététiciens en visio conférence jusqu'à **30% moins chères qu'en cabinet**.

### Critères de qualité

- Professionnels **qualifiés et expérimentés** et dont les diplômes sont vérifiés,
- **Psychologues expérimentés** dans les Thérapies Comportementales et Cognitives,
- **Diététiciens expérimentés dans les domaines de la nutrition, maladies chroniques, digestives et dénutrition.**

## Mode d'emploi

### 1. Localisez le partenaire le plus proche :

- Par internet depuis l'espace du gestionnaire de santé,
- Par téléphone en appelant le centre de gestion au numéro figurant sur l'attestation de tiers payant,

### 2. Le bénéficiaire doit présenter au partenaire sa carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis

**Il doit demander à bénéficier des avantages du réseau Itelis.**

## 6. ACCOMPAGNEMENT DANS LES MOMENTS DIFFICILES

---

### 6.1 Avant une hospitalisation : Hospiway d'Itelis

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 vos attentes en consultant le classement national ou en recherchant un établissement dans une zone géographique donnée,
- D'analyser votre 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 votre séjour à l'hôpital et votre retour à domicile ou celui d'un proche grâce à une Check List comprenant des conseils pratiques.

### 6.2 Les services d'assistance dont vous bénéficiez

#### 6.2.1 Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation

##### **Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou d'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.

##### **Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire**

Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1re classe pour un proche résidant en France pour qu'il puisse se rendre à son chevet pendant son 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 sa famille ne se trouve dans un rayon de 50 km du lieu de domicile du bénéficiaire concerné.

##### **Garde des enfants**

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans du bénéficiaire, dès le premier 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 son domicile,
- Soit en acheminant ses enfants au domicile d'un de ses proches,
- Soit en confiant la garde des enfants à son 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 h, 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 1re 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, le bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son 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.

### **6.2.2 Après l'hospitalisation ou l'immobilisation**

#### **Garde malade**

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

#### **Soutien scolaire**

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant du bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant 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 16e jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 15 heures maximum par semaine.

### **6.2.3 Assistance en cas de grossesse ou séjour en maternité**

#### **Informations maternité**

Notre équipe médicale communique au bénéficiaire des informations et conseils médicaux en puériculture. Elle donne tout renseignement d'ordre général.

Selon les cas, nous devons nous documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui 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 materno-fœtal, la rubéole), l'accouchement (les signes précurseurs, la césarienne, l'accouchement après terme), le nourrisson (évolution et développement (sommeil, tonus, préhension, etc...) développement psychomoteur et affectif du nourrisson, les maladies du nourrisson (érythèmes, méningite, bronchiolite, etc...), la dentition, les maladies du nourrisson.

### **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.

### **Présence d'un proche**

En cas de séjour en maternité supérieur à 5 jours, nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1re classe pour un proche résidant en France afin de se rendre au chevet du bénéficiaire durant son 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 la famille du bénéficiaire ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de domicile.**

### **Aide à domicile**

En cas de naissance multiple ou de grossesse pathologique, à la demande du bénéficiaire, nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide à domicile soit pendant son séjour en maternité, et ce dès le premier jour, pour aider les autres membres de sa famille, soit à son retour au domicile. L'aide à domicile aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes (ménage, achats quotidiens, préparation des repas).

Nous prenons en charge 10 heures maximum dans les 30 jours suivant la date d'entrée à la maternité avec un minimum de 2 heures consécutives par jour.

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

## **6.2.4 Assistance en cas de maladies graves**

### DÉFINITIONS GÉNÉRALES

#### **Maladies Graves**

Les **Maladies Graves** prises en charge dans le cadre de la présente garantie sont les suivantes :

- **Cancer,**
- **Accident Vasculaire Cérébral,**
- **Crise cardiaque (infarctus du myocarde),**
- **Maladie de Parkinson,**
- **Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale),**
- **Transplantation d'organes majeure,**
- **Sclérose en plaques.**

## Cancer

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommé « **Cancer** » le premier diagnostic sans équivoque de toute tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée des cellules malignes et l'invasion des tissus.

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants sont exclus :

- Toutes les tumeurs qui sont classées histologiquement comme bénignes, carcinomes in situ, pré-malignes, non invasives, présentant une malignité limite ou présentant un faible potentiel malin,
- Les tumeurs traitées par endoscopie seule et les tumeurs de la vessie qui n'ont pas envahi la couche musculaire (Tis et Ta),
- Tumeurs de la peau à l'exception du mélanome malin supérieur à 0,7 mm Breslow et / ou histologiquement décrit par la classification TNM AJCC septième édition supérieure au stade T1aN0M0,
- Toutes les tumeurs de la prostate, sauf si elles sont classées histologiquement comme ayant un score de Gleason supérieur à 6 ou ayant atteint au moins la classification clinique TNM T2N0M0,
- Tumeur thyroïdienne à un stade précoce, mesurant moins de 2 cm de diamètre et décrite histologiquement comme étant T1N0M0 d'après la classification TNM de la septième édition de l'AJCC,
- Leucémie lymphoïde chronique, sauf si histologiquement classée comme ayant progressé au moins au stade Binet A.

Le diagnostic de la maladie doit être étayé par des preuves histologiques de malignité établies pendant la période de garantie et confirmé par un oncologue, un hématologue ou un anatomo-cytopathologiste.

## Accident Vasculaire Cérébral

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **AVC** » la nécrose du tissu cérébral causée par une hémorragie, une embolie ou une thrombose, entraînant un déficit neurologique permanent accompagné de symptômes cliniques persistants.

Il doit y avoir des anomalies claires et évidentes des fonctions sensorielles ou motrices lors de l'examen physique effectué par un neurologue. L'incident doit être démontré par une imagerie par résonance magnétique (IRM) ou une tomographie informatisée (CT).

Les éléments suivants sont exclus :

- Accident ischémique transitoire,
- Dommages aux tissus cérébraux causés par une blessure à la tête.

## Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Crise cardiaque (infarctus du myocarde)** » la nécrose du muscle cardiaque due à un apport sanguin inadéquat ayant entraîné TOUS les signes d'infarctus aigu du myocarde suivants :

- Nouveaux changements ischémiques typiques dans l'électrocardiogramme : nouveaux changements de ST-T ou nouveau bloc de branche gauche ou nouvelles ondes Q pathologiques ;
- L'augmentation caractéristique des biomarqueurs cardiaques ou des troponines enregistrés aux niveaux suivants ou supérieurs :
  1. Troponine T > 0,2 ng / ml
  2. AccuTnl > 0,5 ng / ml
- Les résultats caractéristiques aux examens suivants :
  1. Scintigraphie myocardique
  2. Coronarographie ou coroscanner

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- Autres syndromes coronariens aigus,
- Angine de poitrine sans infarctus du myocarde.

## **Maladie de Parkinson**

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommé « **Maladie de Parkinson** » le diagnostic sans équivoque de la maladie de Parkinson par un neurologue, basé sur des signes définitifs d'atteinte neurologique progressive et permanente, notamment des tremblements, une rigidité musculaire, une hypokinésie et une instabilité posturale.

Les autres formes de parkinsonisme, qu'elles soient liées à des médicaments, à des toxines ou à d'autres maladies neurodégénératives, sont spécifiquement exclues.

## **Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale)**

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale)** » une insuffisance chronique irréversible des deux reins nécessitant une dialyse rénale permanente ou une transplantation rénale.

## **Transplantation d'organes majeure**

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Transplantation d'organes majeure** » lorsque l'assuré bénéficie en tant que receveur d'une greffe de l'un des organes suivants : cœur, poumon, foie, pancréas, rein ou moelle osseuse (en utilisant des cellules souches hématopoïétiques précédées d'une irradiation totale de la moelle osseuse).

La transplantation de tout autre organe, partie d'organe, tissu ou cellule est exclue.

## **Sclérose en plaques**

Le diagnostic de la « **Sclérose en Plaques** » doit être sans équivoque.

Il doit exister une altération clinique actuelle de la fonction motrice ou sensorielle, qui doit persister pendant une période continue d'au moins 6 mois.

Le diagnostic repose sur des techniques d'imagerie médicale, l'analyse du liquide céphalo-rachidien et les potentiels évoqués.

## **Diagnostic**

Le diagnostic doit être réalisé par un médecin spécialiste régulièrement enregistré à l'Ordre des Médecins français, qui n'est pas l'Assuré ni un membre de sa famille directe.

Les critères permettant de diagnostiquer une maladie grave sont définis ci-dessus.

## **Toute maladie diagnostiquée d'une autre manière est exclue du champ d'application de ce contrat.**

Les conditions de prise en charge sont appréciées par le médecin conseil des assureurs, à partir des informations transmises. L'assureur se réserve le droit de demander tout document complémentaire nécessaire au diagnostic de la maladie.

## **LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE**

Le diagnostic d'une maladie grave pendant la période de garantie de l'assuré, telle que définie ci-dessus, ouvre droit aux prestations d'assistance suivantes.

En outre, les assurés qui débutent pendant leur période de garantie un protocole de chimiothérapie ou de radiothérapie, peuvent bénéficier des prestations ci-après sans attendre que le diagnostic d'une maladie grave soit établi selon les dispositions ci-dessus.

## **Ligne Infos Santé**

À tout moment, et sans attendre l'établissement d'un diagnostic, l'assuré a accès à une ligne téléphonique AXA Assistance dédiée (du lundi au vendredi, de 10h00 à 19h00), où il pourra obtenir des conseils dans les domaines suivants : nutrition, tabac, alcool, stress, activité physique.

## **Coaching psychologique**

A la demande de l'assuré atteint d'une maladie grave, AXA Assistance organise et prend en charge un coaching psychologique par téléphone avec un spécialiste, du lundi au vendredi, de 08h00 à 20h00, dans la limite de deux entretiens de 30 minutes.

L'assuré peut bénéficier de la prestation à chaque premier diagnostic d'une maladie grave.

### **Coaching diététique**

À la demande de l'assuré atteint d'une maladie grave, AXA Assistance organise et prend en charge un coaching diététique par téléphone avec un spécialiste, du lundi au vendredi, de 08h00 à 20h00, dans la limite d'un entretien de 30 minutes.

L'assuré peut bénéficier de la prestation à chaque premier diagnostic d'une maladie grave.

### **Accompagnement social**

Pour soutenir l'assuré atteint d'une maladie grave, AXA Assistance organise et prend en charge un accompagnement personnel par téléphone réalisé par un professionnel. Cet accompagnement est constitué d'une présentation des aides sociales et de l'orientation vers des associations de patients.

### **Aide à domicile**

Pour soutenir l'assuré atteint d'une maladie grave, et à la demande de l'assuré, AXA Assistance organise et met en œuvre les services suivants, dans la limite globale de 40h.

### **Garde des enfants**

A la demande de l'assuré, AXA Assistance peut organiser et prendre en charge la garde des enfants de moins de 16 ans :

- Soit par la venue d'un proche au domicile de l'assuré ou par l'acheminement des enfants au domicile d'un des proches de l'assuré,
- Pour ouvrir droit à cette prestation, le domicile du proche de l'assuré doit être situé en France, tel que prévu dans les modalités d'intervention,
- Soit par la garde des enfants au domicile de l'assuré, confiée à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne qualifiée s'occupe aussi de les accompagner à l'école.

Cette prestation est organisée et mise en œuvre avec un minimum de 2 heures consécutives, un maximum de 4 heures consécutives et dans la limite globale indiquée ci-dessus.

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

AXA Assistance intervient à la demande de l'assuré et ne peut pas être tenu pour responsable des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

### **Garde malade**

En cas d'hospitalisation de l'assuré, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile.

Pour bénéficier de cette prestation, l'assuré doit en faire la demande à AXA Assistance dans les huit jours suivant son hospitalisation.

Cette aide est limitée à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation.

La durée de présence de la garde malade est fixée par l'équipe médicale d'AXA Assistance, en fonction des seuls critères médicaux. Cette prestation est organisée et mise en œuvre avec un minimum de 4 heures consécutives par jour et dans la limite globale indiquée ci-dessus.

### **Aide-ménagère**

A la demande de l'assuré, AXA Assistance peut organiser et prendre en charge une aide-ménagère pour assurer certaines tâches domestiques : ménage, achats quotidiens, préparation de repas.

Cette prestation est mise en œuvre après analyse de la situation de l'assuré, avec un minimum de 2 heures consécutives, un maximum de 4 heures consécutives et dans la limite globale indiquée ci-dessus.

### **Organisation de soins à domicile**

AXA Assistance met à la disposition de l'assuré atteint d'une maladie grave, un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale de son médecin traitant.

### **Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à la charge de l'assuré.**

**AXA Assistance ne peut être tenu pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.**

## Organisation de services

À la demande de l'assuré atteint d'une maladie grave, AXA Assistance organise :

- L'accompagnement dans les déplacements sous réserve que son état permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre en fonction de l'état de santé de l'assuré et du lieu de destination),
- La livraison de plateaux repas contenant des aliments reconnus pour leurs qualités nutritionnelles et si besoin compatibles avec des traitements médicaux spécifiques,
- Les autres services tels que : livraison de courses, service de pressing, coiffeur, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

**Le coût du service organisé reste à la charge de l'assuré.**

### 6.2.5 Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile

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

La décision du rapatriement est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Nous dirigeons 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.

### 6.2.6 Mise en œuvre des services d'assistance

**Un point de contact unique pour toute demande :**

Pour la mise en place des services d'assistance, le bénéficiaire doit nous contacter au numéro figurant sur son attestation de tiers payant santé.

L'assuré sera invité à communiquer les renseignements suivants :

- Prénom et nom,
- Le numéro de convention d'assistance et le numéro du contrat d'assurance figurant sur la notice qui lui a été remise,
- La raison sociale de son employeur.

AXA Assistance attribuera alors un numéro de dossier qui permettra de suivre l'assuré et de lui fournir chacune de ses prestations.

**Traitement des demandes de prestations**

Si besoin, AXA Assistance pourra poser des questions complémentaires à l'assuré.

Pour bénéficier des prestations suivantes :

- Le coaching psychologique,
- Le coaching diététique,
- L'accompagnement social,
- L'aide à domicile (garde des enfants, garde malade, aide-ménagère)
- L'organisation de soins à domicile,

L'assuré devra fournir préalablement :

- Des pièces médicales justifiant sa situation et, le cas échéant, permettant de prouver le diagnostic d'une maladie grave ouvrant droit à la présente garantie,
- Un justificatif d'appartenance à l'entreprise.

## Résiliation

En cas de résiliation du contrat d'assurance, AXA France Vie indiquera au souscripteur (qui devra en informer les salariés) les modalités de déclaration tardive dans le respect de la confidentialité médicale, sans intervention d'AXA Assistance.

## Conditions spécifiques au bénéfice des prestations d'assistance

Afin d'accompagner l'assuré, AXA Assistance met en œuvre les prestations d'assistance dans les limites et les conditions définies ci-dessous.

## Les modalités de l'intervention

Certains services font référence à la notion de domicile. Dans ce cas, le domicile est le lieu de résidence principale et habituelle de l'assuré. Pour ouvrir droit aux services d'assistance, le domicile doit être situé en France. Les principautés de Monaco et d'Andorre sont incluses ainsi que les Départements d'outre-mer.

## Les limites des engagements

L'organisation, par l'assuré lui-même ou par son entourage, de l'un des services d'assistance sans l'accord préalable d'AXA Assistance matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

AXA Assistance ne prend pas en charge et ne rembourse pas les frais de séjour (taxis, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable de sa part, ni tout autre frais non prévu dans le présent titre.

La déclaration de l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la mise en œuvre des services d'assistance est une obligation. Au cas où l'assuré ne la satisfait pas, il perd le bénéfice de ces garanties.

**Seules les demandes d'assistance formulées pendant la période de garantie de l'assuré sont prises en compte.** Les prestations d'assistance accordées avant la cessation de la garantie sont poursuivies jusqu'à leur terme.

## La responsabilité d'AXA Assistance ne peut être engagée dans les cas suivants :

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

Axa Assistance 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.

## 7. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ

---

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

#### Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat aux anciens salariés appartenant au groupe assuré, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

**Nous n'accordons pas le maintien :**

- 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 présent contrat.

#### Formalités et durée du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois.

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

- Au terme de la durée maximale de 12 mois prévue ci-dessus,
- Au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite,
- A la date de résiliation du contrat.

Les bénéficiaires du présent maintien de garantie pourront demander, dans les 6 mois qui suivent l'expiration du maintien au titre du présent chapitre, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

#### Modalités d'information

Il appartient au salarié de nous justifier directement ses 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 sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. Nous pouvons donc suspendre le versement des prestations jusqu'à ce qu'il nous transmette le justificatif demandé.

En tout état de cause, il s'engage à nous déclarer dans les meilleurs délais, sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite. À défaut, il s'expose au remboursement d'éventuelles sommes versées à tort.

#### Cotisation

Ce maintien de garantie est accordé sans contrepartie de cotisation.

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

#### Bénéficiaires du maintien

Nous proposons aux anciens salariés une assurance à adhésion facultative afin de leur permettre de bénéficier d'un maintien de leurs garanties Frais de santé.

Peuvent souscrire les anciens salariés :

- Lorsqu'ils sont en incapacité ou en invalidité et indemnisés comme tel par la Sécurité sociale,
- Au moment de leur départ en préretraite ou à la retraite,
- Lorsqu'ils sont privés d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement,

Peuvent également souscrire les ayants droit d'un salariés en cas de décès de celui-ci.

### **Formalités et durée du maintien**

Les anciens salariés doivent nous faire la demande d'adhésion dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur 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 adressons la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés 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 leur demande.

Pour bénéficier de ce maintien de garantie pendant 12 mois, les ayants droits doivent en faire la demande dans les 2 mois qui suivent le décès.

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

### **Étendue des garanties maintenues**

Les garanties maintenues sont celles prévues pour les salariés en activité.

Les anciens salariés adhérant à cette Complémentaire santé conservent le même niveau de garantie qu'au jour de la rupture de leur contrat de travail ou de la fin du maintien de garantie dont ils bénéficiaient.

### **Cotisation**

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 :

1. La 1<sup>re</sup> année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
2. La 2<sup>ème</sup> année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
3. La 3<sup>ème</sup> année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

## 8. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT

---

### 8.1 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique 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.**

## 8.2 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 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](mailto: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](http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html)

## 8.3 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, nous tenons à préciser que :

Nous, AXA, ne sommes pas réputés fournir une couverture de risques et nous ne serons pas responsables ni tenus de payer une indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations nous exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

## 8.4 Nous contacter

AXA Santé Entreprises  
Service Santé  
TSA 21122  
37409 AMBOISE CEDEX  
Tél : 09 70 80 99 07  
Fax : 02.47.23.52.55  
Site : [axasantesararies.axa.fr](http://axasantesararies.axa.fr)

### Au préalable

Lorsque vous ou l'un de vos proches prenez contact avec AXA, nous vous remercions de nous communiquer les renseignements suivants :

- Vos prénom et nom,
- Le numéro du contrat frais de santé collective : contrat N° 2431542420,
- La raison sociale de votre employeur : SARL AQUILA CONSULTING.

### 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 46 307  
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](http://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.

## 9. DÉFINITIONS

---

### 9.1 Définitions générales à votre contrat

#### Accord tacite

Le contrat est reconduit automatiquement d'une période à une autre si aucune des parties ne se manifeste.

#### Actes d'imagerie

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement.

Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

#### Affection de longue durée (ALD)

Il s'agit d'une maladie grave et/ou chronique reconnue par l'assurance maladie obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins coûteux et prolongés. Elles figurent sur une liste établie par décret sur avis de la Haute autorité de Santé (HAS) ou sont reconnues par le service du contrôle médical de l'assurance maladie obligatoire.

#### Assuré

Salarié du groupe assuré.

#### Analyses biologiques

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale est remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

#### Appareillage

Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles, etc. La plupart des complémentaires santé distinguent les équipements d'optique et les prothèses auditives du reste de l'appareillage.

#### Assureur

Société d'assurance qui garantit le risque souscrit. Il est le plus souvent désigné par « nous » dans les Conditions générales.

#### Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

#### Avis d'échéance de cotisation

Document qui vous indique le montant de votre cotisation à payer ou qui vous permet de le calculer.

#### Ayants droit

Membres de la famille du bénéficiaire définis au paragraphe "Les bénéficiaires de la garantie" de la Notice.

#### Base de remboursement

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

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

- **Tarif d'autorité (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- **Tarif de responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

## Bénéficiaires

L'assuré et ses ayants droit.

## Chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle.

La chambre individuelle n'est presque jamais remboursée par l'assurance maladie obligatoire, car le patient peut demander à être hébergé en chambre commune (sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite).

Son coût varie selon les établissements. Il peut être remboursé par la Complémentaire santé.

## Compensation

Mécanisme de mutualisation des contrats d'assurance

## Consommation de soins et de bien médicaux (CSBM)

Indice macroéconomique

## Contrat responsable

Contrat émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. 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 pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge pour l'assuré pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels. La mise en place de cette prise en charge se fait progressivement selon le calendrier réglementaire.

### ■ Il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisés) 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),
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

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. Il permet également aux salariés de l'entreprise adhérente, et à leurs ayants droits le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

En outre, le contrat :

- Respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du Code de la Sécurité Sociale,
- Reprend l'ensemble des libellés normés et des exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

## **Conventionné / non conventionné**

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) ait passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

### **1. Professionnels de santé**

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif de convention. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-Complémentaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

### **2. Établissements de santé**

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement ait passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

#### **Cure thermique**

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

#### **Déclaration Sociale Nominative**

Fichier mensuel produit par l'entreprise à partir des éléments de rémunération, qui permet de communiquer aux organismes et administrations concernées les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés.

#### **Dépassement d'honoraires**

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

#### **Disposition dérogatoire**

Disposition qui constitue une exception dans l'application d'une règle.

## **DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM et OPTAM-Co)**

Contrat conclu entre l'assurance maladie et les médecins éligibles visant à encadrer les dépassements pratiqués en échange de certains avantages (allègement des cotisations sociales, meilleure revalorisation de certains actes techniques).

### **Établissement de santé**

Structure délivrant des soins avec hébergement ou sous forme ambulatoire ou à domicile.

### **Forfait actes lourds**

Participation forfaitaire de 24€ à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 € en 2018), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 24 € (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une affection longue durée). Ce forfait est pris en charge, en général, par la Complémentaire santé.

### **Forfait journalier**

Somme due par le patient pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 h dans un établissement de santé en France.

Il s'agit d'une participation forfaitaire due par le patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1er juillet 2018, son montant est de 20 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 € par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais, en général, il est pris en charge par la Complémentaire santé.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse,...).

### **Frais de séjour**

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde étant généralement remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

### **Frais réels**

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé.

### **Franchise médicale**

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments,
- 0,50 € par acte paramédical,
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire, de l'ACS et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes (du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

## **Garantie Frais de santé facultative**

Désigne les garanties complémentaires proposées au titre de l'option.

## **Groupe assuré**

Renvoie à la totalité des salariés pour lesquels le contrat frais de santé est conclu. Il est défini aux Conditions particulières.

## **Hospitalisation**

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

L'Hospitalisation A Domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

## **Implantologie dentaire**

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, mais peut en revanche être prise en charge par certaines complémentaires santé.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

## **Indexation**

Mesure contractuelle prévoyant la prise en compte d'une variation automatique de la cotisation en fonction de l'évolution d'une donnée économique.

## **Lentilles**

Les lentilles de contact sont des prothèses optiques posés sur la cornée. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels. Elles peuvent être prises en charge par certaines complémentaires santé.

## **Lit d'accompagnant**

Lit mis à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

## **LPP**

Liste des Produits et Prestations, comprenant entre autres les appareillages et l'optique.

## **Lunettes**

Les lunettes sont composées d'une monture et de 2 verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie).

Le prix des verres varie selon le type de correction (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Les opticiens ont l'obligation de remettre à l'assuré un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par l'assurance maladie obligatoire.

Pour certaines prestations d'optique, dans la limite du contrat responsable, la Complémentaire santé rembourse, au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, l'intégralité des dépenses, permettant ainsi à l'assuré de ne plus avoir de frais restant à sa charge.

## **Mandataire social**

Personne physique mandatée par une personne morale (société, entreprise, association...). Il porte le titre de gérant (SARL, EURL) ou de président directeur général ou de directeur général (SA) et représente celui qui l'a mandaté dans tous les actes liés à la gestion de l'organisation qui lui a été déléguée.

## **Médecin traitant**

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

## **Médiateur**

Personne qui tente d'obtenir une solution transactionnelle dans un différend qui oppose deux autres personnes.

## **Médicaments**

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en 5 catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les prix des médicaments non remboursés par l'assurance maladie sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. En revanche, les médicaments qui ont un prix fixé par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) ont 4 niveaux de remboursement possibles par l'assurance maladie obligatoire :

- 100 % pour les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux,
- 65 % pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important,
- 35 % pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré,
- 15 % pour les médicaments dont le service médical rendu est faible ou insuffisant.

Certains médicaments ne peuvent vous être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent vous être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

## **Notice d'information**

Document qui permet à l'assuré de connaître le fonctionnement du contrat d'assurance, en particulier des garanties.

## **Ordonnance**

Document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions.

Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical...).

La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ces produits de santé ou la réalisation de ces actes, et à leur remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

## **Orthodontie**

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'assurance maladie obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants de moins de 16 ans. Ses remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements sont fréquents.

## Parcours de soins coordonné

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en 1<sup>re</sup> intention,
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

## Parodontologie

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une faible partie de ces traitements. Ces frais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

## Participation forfaitaire d' 1 €

Participation forfaitaire d'1 € laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- Des enfants de moins de 18 ans,
- Des femmes enceintes à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse,
- Et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 € par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d' 1 € n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

## Prestations

Montants remboursés à un assuré par la Complémentaire santé en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

## Prévention

Les contrats responsables comprennent la prise en charge d'au moins 2 prestations de prévention depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006 parmi des prestations telles le détartrage, des vaccins, le dépistage des troubles de l'audition, etc.

## Prothèses auditives

Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers. Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin ORL.

Les audioprothésistes doivent remettre un devis avant la vente. Ce devis doit comporter le prix de vente hors taxe de chaque appareil proposé (indiquant la marque, le modèle, la référence commerciale, la classe, la durée de la garantie) et de chaque prestation d'adaptation proposée. Il doit aussi indiquer le prix net TTC à payer, ainsi que la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

## Prothèses dentaires

Elles remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Lorsque la couronne porte sur plusieurs dents, on l'appelle un « bridge »,
- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire.

Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

## Sécurité sociale

Régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

## Soins dentaires

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (à la différence des prothèses dentaires).

## Souscripteur

Personne morale ou chef d'entreprise qui conclut le contrat pour l'ensemble de ses salariés appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par « votre employeur ».

## Tarif d'autorité

Voir Base de remboursement ci-dessus.

## Tarif de responsabilité

Le tarif de responsabilité correspond à la base tarifaire retenue par l'Assurance Maladie pour les différentes prestations de santé. C'est sur ce montant qu'elle calcule son niveau de remboursement. Le tarif de responsabilité est un synonyme de la base de remboursement.

## Ticket modérateur

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

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par la Complémentaire santé.

## Tiers

Personne non concernée directement par le contrat.

## Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

## Vous

Terme qui vous désigne en tant qu'adhérent à ce contrat de frais de santé collectif.

## 9.2 Définitions applicables aux services d'assistance

### Atteinte corporelle grave

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

### Autorité médicale

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

### Domicile

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

### Equipe médicale ou Equipe de Médecins

Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance

### Hospitalisation

Séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

### Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 24 heures.

### Maladie

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

### Médecin

Médecin généraliste

### Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier 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 domicilié dans le même pays que le bénéficiaire.

### Téléconsultation

Consultation médicale par téléphone et de manière complémentaire par vidéoconférence.

### Territorialité

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

Les autres garanties s'exercent en France uniquement.

**NOUS CONTACTER**

**VOTRE INTERMÉDIAIRE**  
**HERLORY PIERRE-LAURENT**  
14 RUE DE LA MUETTE  
78600 MAISONS LAFFITTE  
Code FIA 22675



SARL AQUILA CONSULTING  
18 RUE KLEBER  
92400 COURBEVOIE

LE 15 OCTOBRE 2020

**VOS RÉFÉRENCES**

**Document à conserver**

Votre contrat  
n° **2431542420**

Nom produit  
**Adaptalia Bureaux d'études  
techniques, cabinets  
d'ingénieurs-conseils, sociétés  
de conseils Santé**

Formule  
**Bien-être**

Groupe assuré  
**Cadres définis dans le  
dispositif d'entreprise**

Structure de cotisation  
**Uniforme**

Date d'effet au  
**01/08/2020**

**ATTESTATION DE REMISE DE LA NOTICE  
de votre contrat frais de santé collectif d'entreprise**



Je, soussigné (prénom, nom)  
....., déclare  
avoir bien reçu la notice du contrat collectif obligatoire frais de santé  
N° 2431542420 que m'a remise mon employeur.

## NOUS CONTACTER

**VOTRE INTERMÉDIAIRE**  
**HERLORY PIERRE-LAURENT**  
14 RUE DE LA MUETTE  
78600 MAISONS LAFFITTE  
Code FIA 22675



SARL AQUILA CONSULTING  
18 RUE KLEBER  
92400 COURBEVOIE

LE 15 OCTOBRE 2020

## VOS RÉFÉRENCES

### Document à conserver

Votre contrat  
n° 2431542480

Nom produit  
**Adaptalia Bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils, sociétés de conseils Santé**

Formule  
**Bien-être**

Groupe assuré  
**Cadres définis dans le dispositif d'entreprise**

Structure de cotisation  
**Uniforme**

Date d'effet au  
**01/08/2020**

## Votre Espace Client

Retrouvez l'ensemble de vos services en ligne sur [axa.fr](http://axa.fr)



# CONDITIONS PARTICULIÈRES

## Votre contrat Surcomplémentaire Santé



Ce contrat de Santé facultatif a été conclu entre :

### ▪ Vous, souscripteur,

SARL AQUILA CONSULTING  
18 RUE KLEBER  
92400 COURBEVOIE

### ▪ Et Nous, assureur

AXA France Vie Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - Entreprise régie par le Code des assurances -  
313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex - 310 499 959 R.C.S. Nanterre

Ce document a été établi conformément à votre demande et constituera, une fois signé, votre contrat.

Il est constitué de :

- Vos Conditions générales 969229E,
- Vos Conditions particulières, reprenant les caractéristiques et les garanties,
- La Notice d'information à diffuser à vos salariés.

Il prend effet le 1<sup>er</sup> août 2020.

### La catégorie assurée

Elle se compose de Cadres définis dans le dispositif d'entreprise.

# 1. LES GARANTIES EN DÉTAIL

Nous vous présentons ci-dessous les montants et niveaux remboursés par AXA au titre du contrat surcomplémentaire facultatif au choix de l'adhérent.

Les formules surcomplémentaires permettent aux adhérents de compléter à leur frais les prestations du contrat socle obligatoire n° 2431542420.

Les remboursements de la formule surcomplémentaire choisie s'ajoutent, dans la limite des frais restant à la charge de l'adhérent, à ceux effectués au même titre tant par la Sécurité sociale, que par le contrat socle obligatoire, et par tout autre organisme.

	Formule 1	Formule 2
Non Responsables - Facultatives		
en complément des remboursements de la Base		
<b>Hospitalisation (y compris frais de maternité)</b>		
<b>Frais de séjour</b>		
Frais de séjour dans un établissement conventionné	non garanti	non garanti
Frais de séjour dans un établissement non conventionné	100% BR	200% BR
<b>Honoraires</b>		
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	100% BR	200% BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100% BR	200% BR
<b>Chambre particulière</b>		
Chambre particulière (par jour)	15 euros	30 euros
<b>Frais d'accompagnement</b>		
Personne accompagnante (par jour)	8 euros	15 euros
<b>Soins Courants</b>		
<b>Maternité</b>		
Forfait maternité (par enfant, en cas de naissances ou d'adoptions multiples le forfait est doublé)	160 euros	320 euros
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultation ou visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	200% BR
Consultation ou visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	200% BR
Consultation ou visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	200% BR
Consultation ou visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	200% BR
Actes techniques médicaux, et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	200% BR
Actes techniques médicaux, et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	200% BR
<b>Imagerie médicale</b>		

	<b>Formule 1</b>	<b>Formule 2</b>
	<b>Non Responsables - Facultatifs</b>	
	<b>en complément des remboursements de la Base</b>	
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	200% BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	200% BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100% BR	200% BR
<b>Médicaments</b>		
Diététique non remboursée par la Sécurité sociale et prescrite par un diététicien ou un médecin - par année civile	10 euros	20 euros
Moyens contraceptifs féminins prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale (forfait global par année civile)	20 euros	40 euros
<b>Matériel médical</b>		
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR
<b>Médecines non conventionnelles</b>		
Médecine douce réalisée par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou FINESS (par année civile) - dans la limite de 3 séances	10 euros par séance	20 euros par séance
<b>Prévention</b>		
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale - selon le poste auquel il est rattaché	Oui	Oui
Vaccins prescrits par un médecin non pris en charge par la Sécurité sociale dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché (par année civile)	95 euros	190 euros
Vaccin antigrippe	non garanti	non garanti
Ostéodensitométrie / Densitométrie osseuse non prise en charge par la Sécurité sociale	non garanti	non garanti
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile	30 euros	50 euros
<b>Autres postes</b>		
Cure thermale : frais médicaux, frais de séjour et frais de transport (forfait par année civile)	160 euros	320 euros
<b>Aides Auditives</b>		
<b>Aides auditives jusqu'au 31 décembre 2020</b>		

Formule 1	Formule 2
Non Responsables - Facultatives	
en complément des remboursements de la Base	

Equipements de classe 1 ou 2	100 euros	200 euros
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR
<b>Aides auditives à partir du 1er janvier 2021</b>		
Equipement à tarif libre de classe 2 pour les adultes	100 euros	200 euros
Equipement à tarif libre de classe 2 pour les enfants	100 euros	200 euros
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins (hors 100% Santé)</b>		
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile)	95 euros	160 euros
<b>Prothèses (hors 100% Santé)</b>		
Prothèses à tarifs limités - dans la limite de 100% PLV-MR	100% BR	200% BR
Prothèses à tarifs libres	100% BR	200% BR
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie prise en charge	100% BR	200% BR
Orthodontie non prise en charge	158 euros	317 euros
<b>Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale</b>		
Implants dentaires - par acte, dans la limite de 3 actes par an	157 euros	315 euros
<b>Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale</b>		
Couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées (forfait annuel) - par dent, dans la limite de 3 dents par an	50 euros	100 euros
<b>Optique</b>		
<b>Verres et monture</b>		
Equipements à tarif libre avec des Verres Simples	110 euros	230 euros
Equipements à tarif libre avec des Verres Complexes	180 euros	360 euros
Equipements à tarif libre avec des Verres Très complexes	200 euros	390 euros
<b>Autres postes Optique</b>		
Lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables) - par an et par bénéficiaire	30 euros	90 euros
La chirurgie réfractive (forfait par œil et par année civile)	200 euros	400 euros

## Comprendre les abréviations de votre tableau de garanties

- DPTAM** Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- PMSS** Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.
- BR** Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
- MR** Montant Remboursé par la Sécurité sociale française.
- TM** Ticket modérateur est égal à la Base de Remboursement (BR) – Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- BR-MR** Base de Remboursement (BR) – Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- FR-SS** Frais Réel – Remboursement de la Sécurité sociale française (SS) : cela signifie que la garantie couvre la totalité des dépenses engagées par l'assuré, à l'exception de la part remboursée par la Sécurité sociale française.
- Euros** Montant remboursé par la Complémentaire santé sous la forme d'un forfait en euros.
- PLV** Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

## Définitions 100% Santé

### Dentaire

**Soins et prothèses 100% Santé** : Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente : PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale française (**MR**).

**Prothèses à tarifs limités** : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente : PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale française (**MR**).

**Prothèses à tarifs libres** : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité Sociale.

### Aides auditives

**Équipements 100% Santé** : Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente : PLV**) en application de l'article L.165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale française (**MR**).

## Optique

**Équipements 100% Santé** : Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente : PLV**) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale française (**MR**).

En cas d'équipement mixte 100 % santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100 % santé.

## 2. LA COTISATION

---

Au 1<sup>er</sup> août 2020, la cotisation mensuelle est fixée à :

COTISATION(S)	FORMULE 1 Non responsable	FORMULE 2 Non responsable
adhérent	36.69 €	61.46 €

La cotisation supplémentaire à celle du contrat socle obligatoire est exprimée en euros.

Dans la cotisation sont inclus les impôts, contributions et taxes en vigueur à la date d'effet du contrat.

### 3. CONCLUSION ET SIGNATURE DE VOTRE CONTRAT

---

En application de l'article L.141-4 du Code des assurances, et conformément aux dispositions des Conditions générales de votre contrat, vous reconnaissez avoir reçu notre Notice d'information destinée à vos salariés et vous vous engagez à en remettre un exemplaire à chacun d'eux.

Vous déclarez conserver la preuve de cette remise.

Vous déclarez être pleinement informé qu'AXA est soumise, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

Fait à ....., en 3 exemplaires, le .....

Vous, le souscripteur  
Nom et signature

Nous, l'assureur  
Directeur Santé Prévoyance  
AXA Santé & Collectives



Patricia Delaux



**Raison sociale de l'entreprise :** .....  
**N° de contrat** (présent sur la Notice d'Information) : .....

**BON A SAVOIR :** vous pouvez effectuer cette désignation directement en ligne sur le site [quijeprotege.fr](http://quijeprotege.fr).

**Pour toute question, le Service Clients est à votre disposition au 01 42 49 78 26 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi, de 09h00 à 18h00 ou par mail à [mesbeneficiaires@quijeprotege.fr](mailto:mesbeneficiaires@quijeprotege.fr).**

**Je m'identifie**

**MERCI DE RENSEIGNER LES INFORMATIONS EN MAJUSCULES**

M.  Mme Nom <sup>(1)</sup> : ..... Prénoms <sup>(1)</sup> : .....  
Nom de naissance <sup>(1)</sup> : ..... Date de naissance <sup>(1)</sup> : ..... / ..... / .....  
N° Sécurité sociale (sans la clé) : .....  
Ville de naissance <sup>(1)(2)</sup> : .....  
Dépt de naissance <sup>(1)</sup> : ..... Pays de naissance <sup>(1)</sup> : .....  
Adresse <sup>(1)</sup> : .....  
Code postal <sup>(1)</sup> : ..... Ville <sup>(1)</sup> : .....  
E-mail <sup>(1)</sup> : ..... N° de téléphone : .....

<sup>(1)</sup> Mention obligatoire. <sup>(2)</sup> Merci de préciser l'arrondissement s'il y a lieu.

**Je désigne le(s) bénéficiaire(s) du capital en cas de décès**

**J'opte pour l'une des 4 options suivantes (1 seul choix possible) :**

- Je souhaite que le capital soit versé selon la clause de désignation définie dans la Notice d'Information remise par mon employeur.
- Je souhaite que le capital soit versé selon la clause de désignation suivante :

À mon conjoint non séparé judiciairement, à défaut à la personne qui m'est liée par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à défaut, par parts égales, à mes enfants vivants ou représentés et à ceux de mon conjoint si j'en ai la charge, à défaut, par parts égales, à mes parents ou au survivant d'entre eux, à défaut à mes héritiers selon la dévolution successorale.

**Attention cette clause peut être différente de celle prévue dans la notice d'information.**

- Je souhaite que le capital décès soit versé au(x) bénéficiaire(s) que je désigne ci-après :

En cas de désignation nominative, j'indique les nom, nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance (en précisant la ville, le département et le pays), adresse postale, e-mail, numéro de téléphone et le lien de parenté le cas échéant.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Je souhaite que le capital décès soit versé au(x) bénéficiaire(s) désignés par acte déposé chez le notaire. J'indique ci-après le nom et les coordonnées du notaire qui a enregistré l'acte :

Maître : ..... Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
E-mail : ..... N° de téléphone : .....

**Je prends connaissance des obligations légales**

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de « AXA – Service Information Clients – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex » pour toute information me concernant.

**Je date, signe et adresse ce bulletin à :**

**UGIPS GESTION**  
**Service Désignations Bénéficiaires AXA**  
**5, place du Colonel Fabien - CS90008**  
**75484 PARIS CEDEX 10**

*après copie pour en conserver un exemplaire*

Fait à : ....., le : ..... / ..... / .....  
Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

# Désignation des bénéficiaires en cas de décès

## Mode d'emploi Prévoyance

Référence 480299 04 2017

Ce document a été conçu pour faciliter la désignation de vos bénéficiaires du capital en cas de décès (y compris éventuelles majorations pour enfants et personnes à charge).

**Il vous appartient de vérifier que cette désignation reste appropriée et dans le cas contraire de nous faire parvenir une nouvelle désignation.**

### Conséquences de l'acceptation du bénéficiaire

**Dès lors qu'un bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat, sa désignation devient irrévocable (art. L 132-9 du Code des Assurances).** Le changement du ou des bénéficiaires de cette clause est par conséquent subordonné, sauf exception prévue par la réglementation, à l'accord du (ou des) bénéficiaire(s) précédemment désignés **ayant accepté le bénéfice de cette clause.**

### Désignation du conjoint, du concubin ou du partenaire d'un PACS

Si vous désignez le bénéficiaire par sa qualité (exemples : « mon conjoint non séparé de droit », « mon concubin » ou « mon partenaire lié par un PACS ») vous devez savoir que celle-ci s'apprécie à la date de transmission des capitaux. Ce sera donc la personne qui pourra justifier cette qualité au moment de votre décès qui bénéficiera du capital (les justificatifs à fournir sont précisés dans la notice d'information remise par votre employeur). En cas de remariage, le capital sera versé au dernier conjoint et en cas de divorce ou de séparation de droit, le capital reviendra au bénéficiaire suivant.

### Désignation des enfants

Si vous nommez vos enfants, ou si vous les désignez par la formulation « mes enfants », cela exclura ceux à naître. La formule « mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux », convient si vous souhaitez que le capital soit réparti de façon égale entre les différents enfants. Le décès de l'un d'eux entraîne la redistribution de son capital aux autres proportionnellement à leurs parts respectives.

### Désignation des parents

La formule « mes parents par parts égales entre eux », convient si vous souhaitez que le capital soit réparti de façon égale entre vos deux parents. En cas de décès de l'un d'eux, sa part reviendra au survivant. La formule « 51 % à mon père ; 49 % à ma mère », convient si vous souhaitez que le capital soit réparti selon des proportions distinctes (dans la limite de 100 % du capital), entre vos parents. La formule « mon père, à défaut ma mère », convient si vous souhaitez que le capital soit versé en totalité à votre père puis s'il vient à décéder à votre mère.

### Désignation en cas de bénéficiaires multiples

Si vous désignez plusieurs bénéficiaires : il convient de préciser le pourcentage de capital dévolu à chaque bénéficiaire (la somme desdits taux doit être égale à 100%) ou indiquer « par parts égales » ; le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres proportionnellement à leurs parts respectives sauf si vous précisez la mention « vivant ou représenté » après le nom du bénéficiaire ; la désignation de ceux-ci peut se faire en cascade par la formule « à défaut ».

### Désignation nominative

En cas de désignation nominative, **vous devez préciser, pour chaque bénéficiaire, ses nom, nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance (en précisant la ville, le département et le pays), adresse postale, e-mail, numéro de téléphone et votre lien de parenté** le cas échéant. Il convient également de préciser soit le degré de priorité de chacun d'eux soit la répartition des parts.

Vous pouvez préciser ces informations sur papier libre, daté et signé, en le joignant au formulaire de désignation.

### Exemples de rédaction

Versement de la majoration du capital à l'enfant ou à la personne à charge :

« à mes enfants **nés ou à naître** pour la majoration leur revenant et à Madame... pour le reliquat. »

Versement de l'intégralité du capital à la première personne désignée puis si elle vient à décéder à la personne suivante :

« Mon conjoint non séparé de droit... ; **à défaut** mon frère... »

Répartition égale du capital entre les différents bénéficiaires, et en cas de décès de l'un d'entre eux, redistribution de sa part aux autres :

« Madame ; Monsieur... ; **par parts égales entre eux.** »

Répartition inégale du capital entre les bénéficiaires, et en cas de décès de l'un d'entre eux, sans redistribution de sa part aux autres :  
**(Attention, le montant total devra être de 100 %)**

« X % à Mademoiselle ... **vivante ou représentée**, Y % à Monsieur ... vivant ou représenté et Z % à Madame ... **vivante ou représentée** »



## Prévoyance Entreprise

---

► **Votre Employeur**  
**SARL AQUILA CONSULTING**  
168 AVENUE CHARLES DE GAULLE  
92200 NEUILLY SUR SEINE

Votre contrat n° : **2282262110000**  
Groupe assuré : **cadres**, rattachés à la convention collective nationale des bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs conseils et sociétés de conseils  
Date d'effet : **1<sup>er</sup> Octobre 2007**

**AXA France Vie**. S. A. au capital de 487 725 073,50 € – 310 499 959 R.C.S. Paris ♦ **AXA Assurances Vie Mutuelle**. Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 ♦ Sièges sociaux : 26, rue Drouot 75009 Paris ♦ **Entreprises régies par le code des Assurances**.

**Pour vous guider**

<b>Le montant de vos garanties</b> .....	3
<b>Les services complémentaires</b> .....	5
Article 1 : Objet de cette notice d'information.....	9
Article 2 : Les réclamations.....	9
Article 3 : La prescription.....	9
Article 4 : La législation relative au traitement des données à caractère personnel.....	9
<b>Les dispositions relatives à votre adhésion au contrat</b> .....	10
Article 5 : Votre adhésion au contrat de prévoyance collective.....	10
Article 6 : La durée de vos garanties.....	10
<b>Les dispositions communes à vos garanties</b> .....	11
Article 7 : La base de calcul des prestations.....	11
Article 8 : La revalorisation de vos prestations périodiques.....	11
Article 9 : Votre conjoint et vos enfants à charge.....	11
Article 10 : Les exclusions.....	12
Article 11 : L'expertise médicale.....	12
Article 12 : Le règlement de nos prestations.....	12
<b>Les dispositions spécifiques à vos garanties</b> .....	13
La garantie Décès.....	13
Article 13 : La garantie Décès en capital.....	13
Article 14 : La garantie Rente éducation.....	14
Article 15 : La prestation supplémentaire que nous versons lorsque votre conjoint décède après vous.....	14
Article 16 : Le maintien de la garantie Décès lorsque vous êtes en arrêt de travail.....	15
Article 17 : Les documents nécessaires au règlement de la prestation Décès.....	15
La garantie Décès accidentel.....	16
Article 18 : La garantie Décès accidentel en capital.....	16
Article 19 : Le maintien de la garantie Décès accidentel lorsque vous êtes en arrêt de travail.....	16
Article 20 : Les documents nécessaires au règlement des prestations.....	16
La garantie Arrêt de travail.....	17
Article 21 : En cas d'incapacité temporaire de travail.....	17
Article 22 : En cas d'invalidité permanente.....	18
Article 23 : Les formalités et documents nécessaires au règlement de la prestation Arrêt de travail.....	18
<b>Les exclusions</b> .....	20



**Le montant de vos garanties**

**La garantie Décès**

(montant exprimé en % de la base de calcul des prestations, définie à l'article 7).

**La garantie Décès en capital**

**Montant de la garantie**

**En cas de Décès**

**Tranche A    Tranche B**

**Capital Décès**

Nous versons un capital en fonction de votre situation de famille :

▪ célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge	300 %	300 %
▪ marié sans enfant à charge	400 %	400 %
▪ par enfant supplémentaire à charge (sans limitation)	100 %	100 %

L'adhérent célibataire, veuf, divorcé avec au moins un enfant à charge est assimilé à un adhérent marié.

**Rente éducation**

Nous versons également une rente éducation annuelle à chacun de vos enfants à charge :

▪ jusqu'au 18 <sup>ème</sup> anniversaire	12 %	12 %
▪ du 18 <sup>ème</sup> au 26 <sup>ème</sup> anniversaire (si l'enfant poursuit des études)	15 %	15 %

Nous versons la rente éducation selon les modalités décrites à l'article 14 « Rente éducation ». Si votre enfant est handicapé, nous lui versons la rente pendant toute sa vie.

**En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie**

Nous vous versons par anticipation un capital égal à 100 % de celui prévu au titre de la garantie décès en capital.

**Si votre conjoint décède après vous**

Nous versons un capital égal à 100 % de celui prévu en cas de décès.

**La garantie Décès accidentel**

**En cas de Décès accidentel**

Nous versons un capital supplémentaire égal à 100 % de celui prévu au titre de la garantie décès en capital. Nous organisons les services complémentaires décrits ci-après dans cette notice. Dans ce cadre, les frais de cercueil sont limités à 770 euros et les frais d'hébergement sont limités à 77 euros par nuit.

**En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle**

Nous vous versons par anticipation un capital supplémentaire égal à celui prévu en cas de décès accidentel.



### La garantie Arrêt de travail

(montant exprimé en % de la base de calcul des prestations, définie à l'article 7)

L'incapacité temporaire de travail	Montant de la garantie	
	Tranche A	Tranche B

Nous versons une indemnité journalière après une période de franchise de 30 jours consécutifs d'arrêt de travail

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à :	90 %	90 %
sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale		

Nos prestations sont, s'il y a lieu, réduites de manière que le cumul de celles-ci des indemnités journalières de la Sécurité sociale et, le cas échéant, du salaire versé aux adhérents ayant repris une activité partielle, ne dépasse pas 100 % de la base de calcul des prestations « nette » établie au jour de l'arrêt de travail initial. La base de calcul des prestations « nette » est déterminée en prenant en compte le salaire net imposable (salaire soumis à l'impôt sur le revenu des personnes physiques).  
Par ailleurs, nous organisons les services complémentaires selon les modalités décrites à la page 6 de cette notice.

L'invalidité permanente	Montant de la garantie	
	Tranche A	Tranche B

Nous versons une rente dont le montant annuel est fixé en fonction de notre classement dans l'une des trois catégories d'invalidité suivantes, définies à l'article 21 de cette notice, et sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale.

▪ 1ère Catégorie	54 %	54 %
▪ 2ème Catégorie	90 %	90 %
▪ 3ème Catégorie	90 %	90 %

### Accident du travail ou maladie professionnelle

Si le taux d'incapacité reconnu par la Sécurité Sociale (n), est supérieur ou égal à 66 %, nous versons une rente annuelle nécessaire pour assurer, compte tenu des prestations de la Sécurité Sociale, une indemnisation égale à 80 % de la base de calcul des prestations.

Si le taux (n) est au moins égal à 33 % et inférieur à 66 %, la rente ci-dessus est affectée du coefficient  $3(n)/2$ , (n) étant le taux d'incapacité reconnu par la Sécurité Sociale.

#### - Accident du travail

En plus du versement de la rente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle mentionnée ci-dessus, nous versons un capital prévu en cas de décès si vous êtes atteint d'une invalidité reconnue par la Sécurité Sociale d'un taux supérieur à 66 %.

Le versement de ce capital met fin à vos garanties décès – Perte totale et irréversible d'autonomie.

#### - Limitation des prestations

Nos prestations sont, s'il y a lieu, réduites de manière que l'ensemble de celles-ci, des indemnités journalières de la Sécurité Sociale, des rentes ou pensions de la Sécurité Sociale, des indemnités versées au titre des ASSEDIC et, le cas échéant, de votre salaire versé si vous avez repris une activité totale ou partielle, n'excèdent pas votre salaire net que vous auriez perçu si vous étiez en activité.



## Les services complémentaires

### Les services complémentaires dans le cadre de la garantie Décès accidentel

En cas de décès accidentel, nous mettons en œuvre des services complémentaires si votre décès survient à plus de 50 km de votre domicile.

▪ **Nous organisons le rapatriement du corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France métropolitaine :**

Nous prenons à notre charge :

- les frais de traitement post-mortem,
- les frais de mise en bière,
- les frais d'aménagement nécessaires au transport du corps, notamment les frais de cercueil,
- les frais de transport du corps.

Le choix des sociétés chargées du rapatriement du corps est de notre ressort exclusif. Les autres frais (cérémonies, obsèques, convois locaux, inhumation, incinération...) restent à la charge de votre famille.

▪ **Nous mettons un service de renseignements téléphoniques à la disposition de vos proches :**

Ce service a pour but d'informer vos proches sur les points suivants :

- les démarches lors d'un décès : les obsèques civiles ou religieuses, les prélèvements d'organes, le don du corps et la crémation,
- les démarches après le décès : la constatation, la déclaration, l'information et les dispositions financières,
- les réglemations particulières : les soins de conservation, les chambres funéraires, le transport et l'inhumation dans une concession de famille,
- l'héritage et la succession : la dévolution légale, les ordres et les degrés, l'option successorale, la déclaration successorale, les différents héritiers, les libéralités, les coûts de l'héritage, les testaments et les pensions ou allocations.

Si les questions qui nous sont posées nécessitent des recherches ou de la documentation, nous rappelons notre interlocuteur dès que nous sommes en mesure de lui apporter une réponse de qualité.

▪ **En cas de rapatriement de corps, nous organisons le retour au domicile de vos proches qui voyageaient avec vous :**

Si les moyens de transport prévus initialement pour le voyage de retour ne sont ni utilisables, ni modifiables, nous prenons à notre charge un billet aller simple (avion classe économique ou train 1<sup>ère</sup> classe) pour chacun de vos proches qui vous accompagnaient.

▪ **Nous facilitons la présence d'un proche sur le lieu du décès :**

Si vous étiez seul au moment de votre décès et si la présence d'un proche est indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, nous mettons à la disposition de ce proche un titre de transport aller retour (avion classe économique ou train 1<sup>ère</sup> classe). Nous prenons également à notre charge ses frais d'hébergement à l'hôtel (chambre et petit-déjeuner), pour 3 nuits maximum.



### Les services complémentaires dans le cadre de la garantie Arrêt de travail

Si vous êtes victime d'une **atteinte corporelle grave**, nous mettons en œuvre des services complémentaires. **L'atteinte corporelle grave** est l'accident ou la maladie à caractère soudain et imprévisible dont la nature risque de porter atteinte à votre vie ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de votre état si des soins adéquats ne vous sont pas prodigués rapidement. Pour ouvrir droit à nos prestations, l'atteinte corporelle doit être constatée par une autorité médicale.

▪ **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 :**

Nous choisissons le moyen de transport qui vous est le mieux adapté : véhicule sanitaire léger, ambulance, train 1<sup>ère</sup> classe, avion en classe économique ou avion sanitaire.

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.

Si vous vous trouvez en dehors de votre secteur hospitalier, nous nous chargeons également de vous ramener jusqu'à votre domicile une fois que votre état de santé vous le permet.

La décision de vous rapatrier est prise en fonction des seuls impératifs médicaux. L'organisation du rapatriement, le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, des moyens utilisés ou de la nécessité de votre accompagnement relèvent exclusivement de notre équipe médicale après que celle-ci ait pris contact avec votre médecin sur place.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la présente garantie. Nous pouvons vous demander d'utiliser votre titre de transport si celui-ci peut être modifié ou utilisé. Si tel n'est pas le cas, nous vous demandons de nous restituer votre titre de transport lorsque nous avons pris en charge votre retour.

▪ **Si vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave qui vous immobilise à votre domicile sur prescription médicale pour une durée de plus de 5 jours :**

Nous organisons et prenons en charge les services complémentaires suivants :

**- l'acheminement d'un proche à votre chevet**

si aucun membre de votre famille ne se trouve à moins de 50 km de votre domicile. Pour cela, nous fournissons à votre proche un billet aller-retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou en avion classe économique.

**- la garde de vos enfants et petits-enfants**

s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre que vous ne peut en assurer la garde :

- soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile (en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique) ;
- soit en acheminant vos enfants au domicile d'un proche (en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique), accompagnés, si nécessaire, par une personne qualifiée ;

- soit en confiant la garde de vos enfants à votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge de vos enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école. **Cette prestation est limitée à 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.**

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

**- une aide - ménagère à domicile**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide - ménagère à domicile pour assurer vos tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les 8 jours suivant votre immobilisation à domicile pour atteinte corporelle grave. Nous limitons toutefois cette aide à la période de 30 jours suivant votre atteinte corporelle grave. La durée de présence de l'aide - ménagère est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.**



### La mise en œuvre des services complémentaires

En cas de décès accidentel ou d'arrêt de travail du salarié, vous pouvez disposer de services complémentaires qui visent à vous accompagner et à vous aider.

#### ▪ Les modalités de notre intervention

Quand survient un événement donnant lieu à la mise en œuvre des services complémentaires, vous ou l'un de vos proches devez impérativement nous contacter au numéro de téléphone mentionné au chapitre « Pour prendre contact avec nous » dans cette notice.

Nous vous délivrons alors un numéro de dossier qui permettra de délivrer chacune de nos prises en charge.

Certains services font référence à la notion de domicile. Dans ce cas, le domicile est le lieu de résidence qui figure sur votre déclaration d'impôt sur le revenu. Pour ouvrir droit à nos services, il doit être situé en France métropolitaine.

#### ▪ La limitation de nos engagements

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons. L'organisation par vous même ou par votre entourage de l'un des services complémentaires sans notre accord préalable, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

Nous ne prenons pas en charge, et ne remboursons pas les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable de notre part, ni tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Les services complémentaires qui n'auraient pas été sollicités pendant la période de garantie ne permettent pas le versement d'indemnités compensatoires.

La déclaration de l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la mise en œuvre des services complémentaires est une obligation. A défaut, vous perdez le bénéfice de vos garanties et nos engagements deviennent nuls.

#### ▪ Notre responsabilité

##### Notre responsabilité ne peut être engagée dans les cas suivants :

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

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



Pour prendre contact avec nous

**Au préalable**

Lorsque vous ou l'un de vos proches prenez contact avec AXA, nous vous remercions de **nous communiquer les renseignements suivants** :

- vos prénom et nom,
- le numéro de votre contrat de prévoyance collective : contrat n° **22822621 10000**
- la raison sociale de votre employeur : **SARL AQUILA CONSULTING**

**Pour les services complémentaires**

▪ **Rapatriement, transport, présence d'un proche, garde des enfants, aide - ménagère à domicile...**

Les garanties Arrêt de travail et Décès accidentel ouvrent droit à des services complémentaires. Un numéro de dossier doit être attribué pour la prise en charge et l'organisation de ces services. Vous ou vos proches devez alors nous téléphoner au numéro Azur unique:

**0810 145 145** (prix d'une communication locale)

▪ **Les informations utiles :**

En cas de décès accidentel, nous mettons également à la disposition de vos proches un numéro d'appel grâce auquel ils pourront obtenir des **informations utiles**. Il leur apporte les renseignements nécessaires sur les différentes démarches à suivre en cas de décès, sur les réglementations particulières ou les questions d'héritage...

**0810 145 145** (prix d'une communication locale)

**Pour les réclamations**

Nous vous rappelons qu'un service vous est ouvert en cas de réclamation. N'hésitez pas à le solliciter si votre interlocuteur habituel ne vous donnait pas toute satisfaction. Les cas de litiges sont à adresser à notre Service Relation Clientèle :

Secteur Qualité – Relations Clientèles AXA Entreprises  
26 rue Drouot  
75458 PARIS Cedex 09



## Les dispositions relatives au contrat de prévoyance collective

Pour plus de clarté, nous vous indiquons ce que nous entendons par les termes suivants :

- Le terme vous vous désigne en tant qu'adhérent à ce contrat de prévoyance collective ;
- le souscripteur est la personne morale ou le chef d'entreprise qui a conclu le contrat de prévoyance collective ; 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 votre employeur a conclu ce contrat de prévoyance collective ;
- le bénéficiaire est celui à qui les prestations sont versées lorsque s'applique la garantie souscrite. Il peut être soit vous-même, soit une autre personne, soit votre employeur qui a souscrit le contrat de prévoyance.

### Article 1 : Objet de cette notice d'information

Cette notice a pour but de vous informer des termes du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire que votre employeur a conclu avec nous. Les garanties prennent effet le : **1<sup>er</sup> Octobre 2007**. La notice vous précise les prestations décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites se réalise entre la date de début et de fin des garanties.

### Article 2 : Les réclamations

Vos réclamations éventuelles doivent être adressées à votre employeur qui nous les transmettra. Si elles ne trouvaient pas satisfaction, les cas de litiges seraient à adresser à notre Service Relation Clientèle dont le numéro de téléphone figure au chapitre « Pour prendre contact avec nous ». Si le désaccord subsiste, notre Service Relation Clientèle vous propose alors un recours gratuit au Médiateur et vous indique les modalités à suivre. Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les 3 mois suivant la date à laquelle il a été saisi. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

### Article 3 : La prescription

Le délai de prescription de toute action dérivant de votre contrat de prévoyance collective est de **2 ans** à compter de l'événement qui y donne naissance (articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances).

### Article 4 : La législation relative au traitement des données à caractère personnel

Vous nous autorisez à communiquer les informations vous concernant dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées à nos réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution de votre contrat.

En retour, vous avez un libre accès aux informations vous concernant, conformément à la législation relative précitée en vigueur. Pour les consulter, vous y opposer, ou demander leur rectification, il vous suffit de prendre contact avec notre Service Relation Clientèle.



## Les dispositions relatives à votre adhésion au contrat

### Article 5 : Votre adhésion au contrat de prévoyance collective

#### Article 5.1. Les conditions d'adhésion

Pour bénéficier de nos garanties, vous devez répondre à l'ensemble des conditions suivantes :

- appartenir au groupe assuré,
- être affilié à un régime obligatoire de la Sécurité sociale,
- bénéficier d'un contrat de travail non suspendu pour des congés, comme par exemple, le congé parental total d'éducation, le congé pour création d'entreprise, le congé sabbatique ou le congé individuel de formation.
- être inscrit à l'effectif de l'entreprise y compris, dans les cas de suspension du contrat de travail notamment pour maladie ou congé parental.

#### Article 5.2. Les formalités médicales préalables

L'octroi de nos garanties peut également dépendre de l'accomplissement de formalités médicales préalables à la date d'effet des garanties.

### Article 6 : La durée de vos garanties

#### Article 6.1. Le début de vos garanties

Vous bénéficiez de nos garanties :

- dès la date d'effet du contrat de prévoyance collective conclu par votre employeur quand vous êtes déjà membre du groupe assuré,
- à la date de votre entrée dans le groupe lorsque vous en devenez membre après la date d'effet du contrat.

**Si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat de prévoyance collective, la garantie Arrêt de travail n'entre en vigueur qu'à la date de reprise effective de votre travail.**

#### Article 6.2. La fin de vos garanties

Vous cessez de bénéficier de nos garanties dès :

- que vous sortez du groupe assuré ;
- que votre contrat de travail est rompu, sous réserve des dispositions prévues aux articles 15 et 18 de cette notice ;
- l'attribution de votre pension vieillesse par la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail) ;
- que votre employeur résilie le contrat de prévoyance collective, sous réserve des dispositions prévues aux articles 15 et 18.

Une fois admis au contrat, vous ne pouvez en être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, à la condition que la cotisation ait été payée.

Nous suspendons vos garanties dans les cas de congés pendant lesquels votre contrat de travail est suspendu, comme par exemple, le congé parental total d'éducation, le congé pour création d'entreprise, le congé sabbatique ou le congé individuel de formation.

#### Article 6.3. Le prolongement à titre individuel de vos garanties après la résiliation du contrat de prévoyance collective

Lorsque ce contrat est résilié et qu'il n'est pas remplacé, vous pouvez, sous réserve de notre accord, souscrire une assurance individuelle si votre contrat de travail est toujours en vigueur. Quand le niveau des garanties ne dépasse pas celui de ce contrat, nous vous garantissons sans période probatoire ni questionnaire médical.

Vous disposez de **60 jours** après la date de résiliation pour nous en faire la demande.

## Les dispositions communes à vos garanties

### Article 7: La base de calcul des prestations

Elle nous permet de déterminer le montant des prestations que nous versons.

Elle correspond aux salaires bruts déclarés par votre employeur à l'administration fiscale. Elle prend en compte une ou plusieurs tranches de salaire :

- tranche A : c'est la fraction de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- tranche B : c'est la fraction de salaire comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Elle est égale aux salaires relatifs aux 12 mois civils précédant la date à laquelle s'est réalisé l'événement ouvrant droit à votre prestation. Toutefois, si vous vous trouvez en arrêt de travail au moment du décès et percevez à ce titre des prestations de la Sécurité sociale, les 12 mois civils retenus sont ceux précédant l'arrêt de travail.

Si moins de 12 mois se sont écoulés entre la date d'effet du contrat et la date de l'événement, la base de calcul des prestations est égale au montant de vos salaires des 12 derniers mois civils précédant l'événement.

Lorsque vous disposez d'un contrat de travail qui a moins de 12 mois, nous rétablissons la base de calcul des prestations sur une base annuelle.

Si, en raison d'un congé de maternité, de paternité ou d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, votre salaire a été réduit ou supprimé au cours des 12 mois précédant l'événement, nous prenons en compte le salaire que vous auriez perçu sur cette période en l'absence de congés ou d'arrêt de travail.

### Article 8 : La revalorisation de vos prestations périodiques

Les prestations périodiques que nous servons sous la forme d'indemnités journalières et de rentes sont revalorisées chaque année. Ainsi, chaque premier janvier et chaque premier juillet, nous prenons en compte, pour calculer le montant de nos prestations, l'évolution du salaire minimum conventionnel applicable à votre classification et à votre coefficient hiérarchique.

Après la résiliation du contrat de prévoyance collective, nous cessons la revalorisation et maintenons le montant des prestations périodiques au niveau atteint à la date de cette résiliation.

Afin d'assurer la revalorisation de vos prestations, nous avons mis en place un fonds de revalorisation commun à l'ensemble des contrats de même nature. En cas d'insuffisance de ce fonds, la dernière revalorisation annuelle est réduite afin que le prélèvement n'excède pas les sommes disponibles.

### Article 9 : Votre conjoint et vos enfants à charge

#### Article 9.1. Votre conjoint

Il est votre époux ou épouse dont vous n'êtes ni divorcé, ni séparé judiciairement.

#### Article 9.2. Vos enfants à charge

Sont définis comme tels, vos enfants qu'ils soient légitimes, reconnus, recueillis, adoptifs ou à naître au sens de la législation fiscale ou au sens de la législation sur les allocations familiales.

Ils doivent, en outre, répondre aux conditions ci-dessous :

- être mineurs,
- être majeurs et âgés de moins de 26 ans s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
  - > être affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants,
  - > suivre des études, secondaires ou supérieures ou une formation en alternance ou être apprentis ou être inscrits auprès de l'agence nationale pour l'emploi (A.N.P.E.) comme demandeurs d'emploi ou effectuer un stage avant d'exercer un premier emploi rémunéré
- quel que soit leur âge, percevoir une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

Enfin, en cas de décès, vos enfants nés moins de 300 jours après votre décès sont considérés comme enfants à charge.



**Article 10 : Les exclusions**

**Les risques souscrits dans le cadre du contrat de prévoyance collective ne sont pas garantis lorsqu'ils surviennent dans les circonstances décrites à la fin de cette Notice d'Information.**

**Article 11 : L'expertise médicale**

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou de perte totale et irréversible d'autonomie. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent nous conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de nos prestations. Ces conclusions s'imposent à l'adhérent sans qu'il puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité sociale.

Si vous contestez les conclusions de notre médecin, vous pouvez faire appel au médecin de votre choix. En cas de divergence entre votre médecin et le nôtre, ces deux médecins en désigneront un troisième.

Si un désaccord persiste, c'est le président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

**Article 12 : Le règlement de nos prestations**

Nos prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par ce contrat se réalise. Nous fournissons alors un formulaire de déclaration à votre employeur, qui doit nous le retourner complété.

Le montant de nos prestations est indiqué au début de cette notice.

Par ailleurs, les garanties Décès accidentel et Arrêt de travail incluent des **services complémentaires** décrits dans cette notice. Ces services ne peuvent pas être souscrits indépendamment de chacune de ces garanties. Leur organisation est indépendante du règlement des capitaux, des indemnités journalières et des rentes.



## Les dispositions spécifiques à vos garanties

### La garantie Décès

En cas de décès à la suite d'une maladie ou d'un accident, cette garantie prévoit le versement d'un capital Décès.

Elle peut également donner droit au versement d'une prestation supplémentaire pour vos enfants restant à charge, si votre conjoint décède après vous et avant ses 60 ans.

### Article 13 : La garantie Décès en capital

#### Article 13.1. Le montant du capital que nous versons à vos bénéficiaires :

il est prévu dans le tableau de garantie au début de cette notice

#### Le montant peut varier en fonction de votre situation de famille

#### La situation de famille retenue est toujours celle constatée au jour du décès.

Si un même événement occasionne à la fois votre décès et celui d'une ou plusieurs personnes prises en compte dans le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, nous considérons que vous êtes décédé le dernier.

#### Article 13.2. Vos bénéficiaires

Le capital est versé à votre (vos) bénéficiaire(s) selon le mode de désignation suivant :

#### La désignation type de vos bénéficiaires

Si aucune mention particulière ne nous est faite, nous versons le capital :

- à votre conjoint si vous n'en êtes pas séparé judiciairement,
- à défaut, par parts égales, à vos enfants vivants ou représentés et à ceux de votre conjoint si vous en avez la charge,
- à défaut, par parts égales, à votre père et à votre mère ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, à vos héritiers selon la dévolution successorale.

Lorsque la présence d'un enfant ou d'une personne à charge donne droit à une majoration du capital, celle-ci est alors versée :

- au conjoint ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité, père ou mère de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a la garde
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque votre conjoint ou votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, père ou mère de l'enfant n'en a pas la garde
- à chaque enfant majeur, ou mineur émancipé
- à chaque personne à charge ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique

Pour être bénéficiaire du capital Décès, le concubin doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière nominative.

#### La désignation particulière de vos bénéficiaires

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix. Vous devez nous informer par écrit de votre désignation particulière, celle-ci pouvant faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation prévue de plein droit par le Code civil.

Lorsque la présence d'un enfant donne lieu à la majoration du capital, celle-ci lui est versée ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique. Cette disposition s'applique sauf si vous avez clairement manifesté la volonté d'y déroger.

Toutefois, la désignation type de vos bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous vos bénéficiaires désignés décèdent avant vous,
- ou si vous et vos bénéficiaires désignés décédez ensemble, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès,
- en cas de révocation de plein droit prévue par le Code civil (notamment en cas de naissance de votre premier enfant postérieure à votre désignation particulière).

Enfin, si vous avez souhaité répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives.



**Article 13.3. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, nous vous versons par anticipation le capital de votre garantie Décès**

Pour bénéficier du versement anticipé du capital Décès, vous devez nous demander de reconnaître la perte totale et irréversible d'autonomie.

La perte totale et irréversible d'autonomie est une incapacité définitive et totale d'exercer une activité professionnelle quelconque avec l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Pour ouvrir droit à notre prestation, vous devez en outre :

- être classé en 3ème catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale ou avoir un taux d'incapacité permanente de 100 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne.

Nous pouvons être amenés à procéder à une expertise médicale pour prendre notre décision.

Pour déterminer le montant du capital que nous vous versons, nous prenons en compte votre situation de famille à la date de la reconnaissance de votre perte totale et irréversible d'autonomie. Le capital vous est versé directement, ou à votre représentant légal.

Le versement de ce capital met fin à la garantie Décès en capital.

**Article 14 : La garantie Rente éducation**

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente à chacun de vos enfants à charge au moment du décès. Son montant évolue avec l'âge de chacun de vos enfants. L'augmentation du montant intervient le 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil qui suit l'anniversaire de votre enfant précisé dans le tableau de garantie au début de cette notice.

Les conditions de règlement de cette rente prévoient :

- une prise d'effet le jour suivant le décès,
- son versement à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil,
- une cessation de la rente lorsque votre enfant bénéficiaire n'est plus à charge (selon la définition qui en est donnée à l'article 9 de cette notice d'information),
- le calcul *pro rata temporis* du premier et du dernier paiement.

Elle est versée à votre enfant bénéficiaire ou à son représentant légal, s'il ne dispose pas de la capacité juridique.

**Le montant de la Rente éducation que nous versons à vos enfants** est précisé dans le tableau de garantie présenté au début de cette notice.

**Article 15 : La prestation supplémentaire que nous versons lorsque votre conjoint décède après vous**

Cette prestation s'applique en complément des garanties décrites précédemment si votre conjoint non remarié, âgé de moins de 60 ans, décède après vous, alors que le contrat de prévoyance collective est en vigueur et que la garantie Décès a été souscrite.

Ces prestations supplémentaires sont également versées si votre conjoint et vous-même venez à décéder ensemble, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Les bénéficiaires de cette prestation sont vos enfants à charge qui sont toujours à la charge de votre conjoint au jour de son décès.

**Cette prestation prévoit le versement :**

- dans le cadre de la garantie Décès en capital, d'un capital supplémentaire réparti par parts égales entre vos enfants bénéficiaires,
- dans le cadre des garanties Rente éducation et Rente de conjoint, d'une rente supplémentaire à vos enfants bénéficiaires. Ses modalités de versement sont celles prévues à la garantie Rente éducation. Elle prend effet le 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil qui suit le décès de votre conjoint.

**Le montant de la Rente éducation que nous versons à vos enfants** est précisé dans le tableau de garantie présenté au début de cette notice.

Ces prestations supplémentaires sont également versées si votre conjoint et vous-même venez à décéder ensemble, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Tant que votre enfant ne jouit pas de la capacité juridique, les prestations sont versées à son représentant légal.



**Article 16 : Le maintien de la garantie Décès lorsque vous êtes en arrêt de travail**

Tant que vous vous trouvez en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, la garantie Décès vous est maintenue y compris après la résiliation de ce contrat de prévoyance collective.

**Article 16.1. Le niveau de votre garantie :**

La garantie maintenue est celle souscrite dans le cadre de ce contrat de prévoyance collective. Toutefois, si vous avez été admis à ce contrat alors que vous vous trouviez déjà en arrêt de travail, nous versons les capitaux et les rentes prévus en déduisant ceux maintenus par le précédent assureur. En cas de rupture de votre contrat de travail lorsque vous êtes en situation d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente, la garantie maintenue est celle dont vous bénéficiez à la veille de la rupture.

**Article 16.2. La base de calcul des prestations :**

Elle est égale à celle définie à l'article 7 de cette notice. Toutefois, si après la résiliation de ce contrat, vous êtes en 1ère catégorie d'invalidité vous exercez une activité professionnelle, nous réduisons la base de calcul des prestations de 40 %.

**Article 16.3. La revalorisation :**

La base de calcul des prestations est revalorisée selon l'évolution du salaire minimum conventionnel depuis votre arrêt de travail. Après la résiliation de ce contrat, la revalorisation cesse et la base de calcul est maintenue au niveau atteint à la date de la résiliation.

**Article 16.4. La fin du maintien de la garantie :**

- Le maintien de votre garantie prend fin :
- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de votre arrêt de travail par la Sécurité sociale,
  - à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement des prestations incapacité – invalidité à la date de votre incapacité ou invalidité par la sécurité sociale,
  - à la date d'attribution de votre pension vieillesse par la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail),

**Article 17 : Les documents nécessaires au règlement de la prestation Décès**

Documents justificatifs (à nous faire parvenir dans les 6 mois suivant le décès)	En cas de décès	En cas de perte totale et irréversible d'autonomie(1)
Acte de décès	X	
Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel)	X	
Demande écrite de votre part ou de votre représentant légal		X
Rapport médical établi par votre médecin traitant ou par le médecin ayant constaté votre perte totale et irréversible d'autonomie (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin conseil)		X
Notification d'attribution de la Sécurité sociale de la rente de 3ème catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 100 % faisant apparaître l'allocation pour tierce personne		X
Copie intégrale de votre acte de naissance	X	X
Copie intégrale de l'acte de naissance de votre conjoint	X	
Photocopie de votre (ou de vos) livret(s) de famille	X	X
Photocopie de votre Pacte civil de solidarité	X	X
Attestation de l'affiliation à un régime obligatoire de la Sécurité sociale (2)	X	X
Copie de vos bulletins de salaire des 12 mois précédant le décès (ou de votre arrêt de travail en cas de perte d'autonomie ou si le décès survient après un arrêt de travail)	X	X
Certificat de scolarité de vos enfants (3) (4)	X	X



Attestation de leur affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants (3) (4)	X	X
Copie de leur contrat de formation en alternance (3) (4)	X	X
Attestation du paiement des allocations pour adulte handicapé (4)	X	X
Ordonnance ou jugement de tutelle (4)	X	X
Copie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu et de l'attestation de l'administration fiscale précisant le nombre de personnes entrant dans le calcul de votre quotient familial et d'enfants recevant une pension alimentaire, au jour du décès ou de la demande (4)	X	X
Copie du dernier avis d'imposition du concubin ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (4)	X	X

(1) : à la réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de trente jours pour statuer ou, éventuellement, demander des pièces complémentaires.

(2) : documents à remettre à la constitution du dossier et en cas de changement d'immatriculation pour chaque personne percevant une rente éducation et/ou conjoint

(3) : documents à remettre annuellement si la garantie Rente éducation a été souscrite.

(4) : documents à fournir lorsque l'application de la garantie dépend de vos enfants ou personnes à charge.

### La garantie Décès accidentel

#### Article 18 : La garantie Décès accidentel en capital

Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire à celui prévu au titre de la garantie Décès en capital lorsque le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (selon la définition qui en est donnée à l'article 13.3) sont causés par un accident.

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de votre volonté.

Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies ne peuvent donc être considérés comme des accidents.

Le capital supplémentaire est versé, dans les mêmes conditions que celles prévues pour la garantie Décès, soit à vos bénéficiaires, soit à vous-même si l'accident dont vous êtes victime conduit à une perte totale et irréversible d'autonomie.

Le décès ou la reconnaissance d'une perte totale et irréversible d'autonomie doit survenir dans les 12 mois civils suivant votre accident. La preuve du caractère accidentel incombe au(x) bénéficiaire(s).

Cette garantie permet également de bénéficier des services complémentaires décrits à la page 5 de cette notice d'information.

**Le montant du capital supplémentaire que nous versons** est prévu dans le tableau de garantie présenté au début de cette notice.

#### Article 19 : Le maintien de la garantie Décès accidentel lorsque vous êtes en arrêt de travail

Tant que vous vous trouvez en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, la garantie Décès accidentel vous est maintenue y compris après la résiliation du contrat de prévoyance collective. En revanche, les services complémentaires décrits à la page 5 de cette notice d'information cessent à sa résiliation.

Les conditions et les modalités de ce maintien sont identiques à celles prévues pour la garantie Décès.

#### Article 20 : Les documents nécessaires au règlement des prestations

**En plus des pièces énumérées pour la garantie Décès**, vous devez nous transmettre tout document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (copie du rapport de police, procès verbal de gendarmerie, etc.).



### La garantie Arrêt de travail

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire de travail ou en invalidité permanente, la garantie Arrêt de travail prévoit le versement de prestations périodiques, qui sont respectivement réglées sous la forme d'indemnités journalières et de rentes. Ces prestations sont versées lorsque votre arrêt de travail survient entre la date de début et la date de fin de la garantie.

Lorsque vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave, cette garantie vous permet également de bénéficier des services complémentaires décrits à la page 6 de cette notice.

Les prestations périodiques ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de votre situation pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

### Article 21 : En cas d'incapacité temporaire de travail

Nous reconnaissons l'incapacité temporaire de travail lorsque vous êtes dans l'incapacité physique totale de travailler à la suite d'une maladie ou d'un accident.

En outre, vous devez percevoir, au titre de cette incapacité, des indemnités journalières de la Sécurité sociale dans le cadre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Nous ne versons aucune prestation pendant les congés de maternité, de paternité ou d'adoption indemnisés par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maternité.

#### Article 21.1. Le montant de votre indemnité journalière

Il est prévu dans le tableau de garantie au début de cette notice.

Le montant de votre indemnité est déterminé sur une base journalière, c'est-à-dire sur la base de calcul des prestations divisée par 365.

Si vous êtes autorisé à exercer une activité partielle et que la Sécurité sociale poursuit son indemnisation, nous limitons le montant de votre prestation à la différence entre :

- la base de calcul des prestations, éventuellement revalorisées selon l'évolution du salaire minimum conventionnel applicable à votre classification et à votre coefficient hiérarchique.
- et le cumul des indemnités de la Sécurité sociale et du salaire que vous versez votre employeur au titre de votre activité partielle, ou des indemnités payées par le régime des ASSEDIC.

#### Article 21.2. Les modalités de versement de votre indemnité

Nos prestations prennent effet à l'issue d'une période d'arrêt de travail appelée franchise prévue dans le tableau des garanties au début de cette notice. La franchise est décomptée à partir du 1<sup>er</sup> jour de votre arrêt de travail.

Nous incluons dans le calcul de la franchise les périodes de mi-temps thérapeutique indemnisées par la Sécurité sociale, mais nous ne tenons pas compte de la durée des congés de maternité, de paternité ou d'adoption.

Nous n'appliquons pas de franchise pour un nouvel arrêt de travail s'il est dû à la réapparition de l'affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part et sous réserve que la période de votre reprise du travail ait été inférieure à 60 jours. Si ce nouvel arrêt de travail survient après la résiliation de ce contrat, il ne donne pas lieu à indemnisation.

Nous cessons le versement de nos prestations :

- quand prennent fin les indemnités journalières que vous verse la Sécurité sociale,
- à la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente ou d'une pension pour inaptitude,
- à la date d'attribution de votre pension vieillesse par la Sécurité sociale,
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'incapacité physique totale de travailler.

A réception du décompte de la Sécurité sociale, nous payons vos prestations à votre employeur tant que votre contrat de travail est en vigueur. En cas de rupture de votre contrat de travail, nous vous les versons directement.

### Article 22 : En cas d'invalidité permanente

Nous reconnaissons l'invalidité permanente :

- **d'origine non professionnelle** lorsque vous satisfaites aux critères d'attribution d'une pension d'invalidité fixés à l'article L 341-1 du Code de la Sécurité sociale,
  - **d'origine professionnelle** lorsque la Sécurité sociale vous attribue un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33 % selon la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.
- En outre, pour bénéficier de nos prestations, vous devez, au titre de votre invalidité, percevoir les rentes ou pensions versées par la Sécurité sociale.

Nous procédons au classement de l'invalidité dans l'une des trois catégories suivantes :

	<b>Invalidité permanente d'origine non professionnelle</b>	<b>Invalidité permanente d'origine professionnelle</b>
<b>1ère catégorie</b>	Invalide capable d'exercer une activité rémunérée	Taux d'incapacité permanente compris entre 33 % et 66 %
<b>2ème catégorie</b>	Invalide absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle	Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 %
<b>3ème catégorie</b>	Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, doit en outre recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie	Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 % et l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

#### Article 22.1. Le montant de votre rente d'invalidité

Il est prévu dans le tableau de garantie au début de cette notice.

Si, bien qu'invalide, vous exercez une activité professionnelle et que la Sécurité sociale vous verse une prestation d'invalidité ou d'incapacité permanente, notre rente sera limitée à la différence entre :

- la base de calcul des prestations éventuellement revalorisée selon l'évolution du salaire minimum conventionnel depuis l'arrêt de travail,
- et le cumul de la rente de la Sécurité sociale et de votre salaire ou des indemnités que vous paye le régime des ASSEDIC.

#### Article 22.2. Les modalités de versement de votre rente d'invalidité

Cette rente vous est versée dès que nous avons reconnu votre invalidité. Elle vous est payée chaque mois à terme échu.

La rente d'invalidité prend fin :

- dès que vous cessez de percevoir la rente d'invalidité de la Sécurité sociale,
- à la date d'attribution de votre pension vieillesse par la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail),
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas atteint d'une invalidité permanente.

En aucun cas, une rente d'invalidité de 2ème ou de 3ème catégorie et des indemnités journalières ne peuvent vous être versées simultanément.

Si, du fait de l'évolution de votre affection, vous changez de catégorie d'invalidité après la résiliation du contrat de prévoyance collective ou de la garantie, nous adaptons en conséquence le montant de votre rente.

### Article 23 : Les formalités et documents nécessaires au règlement de la prestation Arrêt de travail

#### ▪ En cas d'incapacité temporaire de travail

Sauf cas de force majeure, votre employeur doit nous déclarer votre arrêt de travail dans les deux mois qui suivent l'expiration de la franchise. Passé ce délai, il est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration.

Pièces justificatives	Périodicité pour l'envoi des pièces justificatives	
	à l'origine de l'incapacité	en cours de versement
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale,	X	X
Avis d'arrêt de travail initial	X	
Avis de prolongation d'arrêt de travail		X
Eventuellement, les bulletins d'hospitalisation	X	X
Certificat médical détaillé, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail	X	
Copie des bulletins de salaire des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail,	X	
En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été fournis.		X
En cas de mi-temps thérapeutique, justificatifs des salaires perçus		X
Décomptes des prestations ASSEDIC		X

▪ **En cas d'invalidité permanente**

Pièces justificatives	Périodicité pour l'envoi des pièces justificatives		
	à l'origine de l'invalidité	chaque mois	chaque année
Votre notification définitive d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits	X		
Justificatif du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale	X	X (1)	X (2)
Attestation sur l'honneur de non-activité	X		X
Justificatif des salaires perçus (copie des bulletins de salaire)	X	X (1)	X (2)
Décompte des prestations ASSEDIC	X	X (1)	X (2)
Photocopie d'une pièce d'identité comportant le lieu de naissance, à défaut extrait d'acte de naissance	X		
Copie de votre dernier avis d'imposition pour bénéficier d'une éventuelle exonération de la CSG et/ou de la CRDS	X		X
Relevé d'identité bancaire si vous souhaitez recevoir votre rente par virement	X		

(1) : pour les adhérents en première catégorie d'invalidité

(2) : pour les adhérents en 2ème et 3ème catégorie d'invalidité

## GARANTIES DECES - DECES ACCIDENTEL - ARRET DE TRAVAIL

Sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie et l'arrêt de travail résultant :

- d'un suicide ou d'une tentative de suicide au cours de la première année d'adhésion. Si vous étiez précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé.
- d'une guerre civile ou étrangère. invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement et dans tous les cas déconseillés par le Ministère français des Affaires Etrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Etrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14<sup>ème</sup> jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer dix jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

## GARANTIES DECES ACCIDENTEL - ARRET DE TRAVAIL

De plus, sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie accidentels et l'arrêt de travail occasionnés par un accident résultant :

- du fait intentionnel du bénéficiaire ou de vous-même,
- de la pratique de toute activité sportive non représentée par la fédération sportive,
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il nous appartiendra de prouver que ces règles ont été violées,
- de la participation à tout sport et/ou compétition à titre professionnel,
- de la navigation aérienne :
  - > à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,
  - > avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé,
  - > au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.



## GARANTIE DECES ACCIDENTEL

Enfin, sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie accidentels occasionnés alors que :

- vous êtes sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident,
- vous êtes sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,

ainsi que les accidents résultants :

- d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale,
- de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.