

# Santé Entreprise

---

► **Votre Employeur**  
**Société SCHLUTER SYSTEMS**

Votre contrat n° : 226122540

Groupe Assuré : Ensemble des salariés et des assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité sociale

Date d'effet : 1er janvier 2017

**AXA France Vie**

Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - Entreprise régie par le code des assurances -  
313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE

**AXA France IARD**

Société Anonyme au capital de 214 799 030 euros - Entreprise régie par le code des assurances - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX -  
722 057 460 R.C.S. NANTERRE

<b>Préambule</b>	<b>3</b>
<b>Le montant de vos remboursements frais de santé</b>	<b>4</b>
<b>Maintien de l'assurance en cas de retraite</b>	<b>9</b>
<b>Annexe Téléconsultation</b>	<b>10</b>
<b>Les services Frais de santé ITELIS</b>	<b>14</b>
<b>Les services d'assistance</b>	<b>17</b>
<b>Les documents nécessaires au règlement des prestations</b>	<b>21</b>
<b>Les dispositions relatives au contrat Santé Entreprise</b>	<b>23</b>
<b>Les maintiens de garanties dont vous pouvez bénéficier</b>	<b>25</b>
<b>Pour prendre contact avec nous</b>	<b>27</b>

## Objet de la notice

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 prend effet le 1er janvier 2017 : votre garantie prend effet à compter de votre adhésion individuelle, selon les dispositions relatives au contrat d'entreprise, article 1.

La 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 la garantie.

### Dans cette notice, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- le terme **vous** vous désigne en tant qu'adhérent à ce contrat de frais de santé collective ;
- **le souscripteur** est la personne morale ou le chef d'entreprise qui a conclu le contrat frais de santé collective ; il sera le plus souvent désigné par **votre employeur** ;
- **l'assureur** est la société d'assurance qui garantit le risque souscrit ; 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 frais de santé ;
- **l'adhérent** désigne le salarié du groupe assuré ;
- **les bénéficiaires** sont l'adhérent et ses ayants droit définis à l'article 2 des dispositions relatives au contrat d'entreprise.

## Le montant de vos remboursements frais de santé

Les remboursements présentés viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Le cumul de nos prestations, des remboursements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme ne peut dépasser le montant des frais réels engagés.

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

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

Nos prestations ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons 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).

Vous bénéficiez du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

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

- il prend en charge :
  - l'intégralité de la participation de l'adhérent sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,
  - les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret
  - au moins deux prestations de prévention,
  - l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée
- il ne prend pas en charge :
  - les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins au-delà de la limite fixée par décret
  - la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes (actes lourds)).

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

En outre, le contrat respecte le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale

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 la Sécurité sociale, sauf s'ils concernent une interdiction de prise en charge du contrat responsable visée ci-dessus.

### Nature des prestations

### Le montant de vos remboursements

#### La médecine courante

▪ Pour les médecins	
- les consultations des médecins <b>généralistes</b> adhérents au CAS	TM + 370 % BR
- les consultations des médecins <b>généralistes</b> non adhérents au CAS	TM + 100 % BR
- les consultations des médecins <b>spécialistes</b> adhérents au CAS	TM + 370 % BR
- les consultations des médecins <b>spécialistes</b> non adhérents au CAS	TM + 100 % BR
- les visites des médecins adhérents au CAS	TM + 370 % BR

- les visites des médecins non adhérents au CAS	TM + 100 % BR
- les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie pratiqués par les médecins adhérents au CAS	TM + 370 % BR
- les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie pratiqués par les médecins non adhérents au CAS	TM + 100 % BR
- les actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par les médecins adhérents au CAS	TM + 370 % BR
- les actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par les médecins non adhérents au CAS	TM + 100 % BR
- la téléconsultation	Cf. annexe
▪ les actes pratiqués par <b>les auxiliaires médicaux</b> : les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, ...	400 % BR
▪ les analyses biologiques	400 % BR
▪ la médecine non conventionnelle les séances d' <b>ostéopathie</b> , de <b>chiropraxie</b> , d' <b>acupuncture</b> , d' <b>étiopathie</b> , de <b>psychomotricité</b> , de <b>pédicurie</b> , de <b>podologie</b> , de <b>diététique</b> , de <b>psychologie</b> , d' <b>ergothérapie</b> et de <b>tabacologie</b> , non remboursées par la Sécurité sociale, dans la limite de 2 séances, par an et par bénéficiaire :	60 euros
<hr/>	
<b>La prévention</b>	
▪ <b>Les actes de prévention</b>	selon le poste auquel ils sont rattachés et au minimum 100 % BR-MR
▪ <b>les vaccins</b> 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 dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de :	6 % PMSS
▪ <b>une consultation</b> prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans	1,25 % PMSS
▪ <b>le test ADN de dépistage de la trisomie 21</b> , un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 euros
▪ <b>le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus</b> (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans sur la base de :	400 % BR
<b>Les frais de transport</b>	400 % BR
<hr/>	
<b>La pharmacie</b>	
▪ les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM
▪ les médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin (veinotoniques, diététiques...), dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de :	100 euros
<hr/>	
<b>Le dentaire</b>	
▪ les consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie	500 % BR
▪ les inlays onlays d'obturation	500 % BR
▪ les prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), pris en charge par la Sécurité sociale	500 % BR
▪ les couronnes provisoires	100 euros par couronne
▪ les inlays core	500 % BR

▪ les frais d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) pris en charge par la Sécurité sociale	500 % BR
▪ les trois actes suivants de parodontologie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Curetage / surfaçage</li> <li>- Greffe gingivale</li> <li>- Lambeau</li> </ul> dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de :	30 % PMSS
▪ les implants dentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, sur la base suivante <ul style="list-style-type: none"> <li>- la pose de l'implant (phase opératoire)</li> <li>- le faux-moignon implantaire</li> <li>- la couronne sur implant</li> </ul> dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire :	25 % PMSS 7,5 % PMSS 20 % PMSS
▪ les piliers de bridge sur dent saine, non pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire :	550 euros

#### L'optique

▪ Equipement avec verres simples (1)	320 euros
▪ Equipement avec verres complexes (2)	600 euros
▪ Equipement enfant avec verres très complexes (3)	700 euros
▪ Equipement adulte avec verres très complexes (3)	700 euros
▪ Le montant de la monture est plafonné à	150 euros

Nous limitons notre prise en charge, **à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique**, à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans (tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou 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.**

▪ Les implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte. (Pour un implant la garantie est réduite de moitié)	700 euros
▪ les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, remboursement limité par année civile et par bénéficiaire à : Au-delà de cette limite, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 100 % du ticket modérateur	10 % PMSS

Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe  
(1) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries  
(2) Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verre multifocal ou progressif  
(3) Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

#### L'auditif

▪ les prothèses auditives	900 % BR
---------------------------	----------

#### Les appareillages et prothèses diverses (hors prothèses dentaires et auditives)

500 % BR

## L'hospitalisation

▪ les frais de séjour (établissement public ou privé)	
- l'hospitalisation médicale	100 % FR-SS
- l'hospitalisation chirurgicale	100 % FR-SS
▪ les honoraires des médecins adhérents au CAS	TM + 380 % BR
▪ les honoraires des médecins non adhérents au CAS	TM + 100 % BR
▪ le forfait actes lourds	100 % du forfait
▪ le forfait journalier	100 % du forfait
▪ la chambre particulière (par jour)	4 % PMSS
▪ le lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	2 % PMSS
Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30j par an.	

Pour les garanties d'hospitalisation exprimées en frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, l'hospitalisation non conventionnée **est limitée à 90 %** des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite de 400 % BR.

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 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 des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge au titre de l'hospitalisation.

## Les cures thermales

▪ les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport	25 % PMSS (4)
---	---------------

(4) Plafonnement de la garantie des médecins non adhérents au CAS à 200% BR-MR.

## La maternité

▪ un forfait naissance. La prestation est doublée en cas de naissances multiples.	30 % PMSS
---	-----------

## Quelques définitions

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

**PMSS** : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité Sociale, fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

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

**Tiers payant** : Disposition vous permettant de bénéficier, ainsi que vos ayants droit, du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

**MR** : Montant remboursé par la Sécurité sociale.

**FR-SS** : Frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

**BR-MR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

**CAS** : Contrat d'accès aux soins





## Maintien de l'assurance en cas de retraite

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée dont le contrat de travail est rompu pour départ à la retraite.

### **Formalités, date d'effet**

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

### **Bénéficiaires**

Vous bénéficiez du maintien de l'assurance ainsi que vos ayants droit à la date de rupture du contrat de travail.

### **Garanties**

Le montant des prestations est celui prévu pour le régime des actifs.  
Les frais de cure thermique n'ouvrent pas droit à garantie.

### **Durée et cessation du maintien de l'assurance**

Le maintien de l'assurance cesse, en tout état de cause :

- à la date de votre décès,
- en cas de résiliation du contrat.

La cessation de l'assurance s'applique à vos ayants droit à la même date

## **Préambule**

La « Téléconsultation » est une garantie de consultation médicale à distance dont la mise en œuvre est confiée à AXA Assistance (6 rue André Gide -92320 Châtillon, - 3 11 338 339 RCS Nanterre).

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

## **Article 1 : Définitions**

**Equipe Médicale ou Equipe de Médecins** : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance

**Médecin** : Médecin généraliste

**Téléconsultation** : Consultation médicale par téléphone

## **Article 2 : Objet**

La présente annexe a pour objet de définir les conditions et modalités de mise en œuvre de la téléconsultation pour les bénéficiaires du présent contrat.

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

## **Article 3 : Mise en œuvre de la garantie**

AXA assistance répond 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, aux appels téléphoniques qu'elle réceptionne.

Les réponses apportées, fonction de votre besoin ou de celui de votre bénéficiaire, peuvent être de trois types :

- Téléconsultation
- Information générale de santé
- Orientation

## **Téléconsultation**

En cas d'absence ou d'indisponibilité de votre 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 procédera à la Téléconsultation.

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
- Orientation vers votre médecin traitant
- Orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins :
  - un gynécologue,
  - un ophtalmologue,
  - un psychiatre ou un neuropsychiatre si vous avez entre 16 et 25 ans,
  - un stomatologue,
- Prescription écrite médicamenteuse
- Prescription écrite d'examens complémentaires

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

Dans le cas où L'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, 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.**

La téléconsultation telle que décrite ci-dessus fonctionne à l'identique pour chacun de vos bénéficiaires.

Il est cependant précisé que lorsqu'il s'agit d'une téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle bénéficiaire du contrat, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

### **Information**

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

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

### **Orientation**

A votre demande ou celle de votre bénéficiaire, 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.

## **Article 4 : Responsabilité**

### **Responsabilité d'AXA Assistance**

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

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

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques.

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

### **Responsabilité du Bénéficiaire**

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

### **Article 5 : 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 son Equipe Médicale, après obtention de votre accord pour la collecte de vos données de santé, sont nécessaires au traitement de votre dossier.
- la finalité du traitement est la Téléconsultation.
- les destinataires des données vous concernant sont les Médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec votre accord le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

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

Vous pouvez vous adresser par courrier à :

AXA Assistance France  
Service Juridique  
6 rue André Gide – 92320 Châtillon

### **Article 6 : Réclamation et Différends**

#### **Traitement des réclamations**

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

#### **Différends**

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

### **Article 7 : 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



Nous avons négocié pour vous avec notre filiale des services d'information médicale et sociale ainsi que des services spécifiques pour vos garanties en optique, dentaire et audioprothèse.

### Les services d'information médicale et sociale

Un centre d'appel téléphonique est à votre disposition, il est accessible grâce à un numéro de téléphone mentionné sur votre attestation de tiers payant santé. Une équipe de conseillers santé vous met en relation avec des médecins, chirurgiens-dentistes, opticiens, diététiciens..., qui vous informent et répondent à toutes les questions médicales ou administratives que vous pouvez vous poser et plus particulièrement dans les domaines suivants :

- La prévention : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, problèmes de vision et d'audition, dépistage et prévention des cancers...
- Le mode de vie : les facteurs de risques et l'hygiène de vie, notamment tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation, sédentarité, sport...
- La nutrition : régimes, comportement alimentaire, obésité, diététique pour les enfants, les adolescents et les adultes...
- Les adresses utiles : associations de patients, centres de consultations et de dépistage, centres spécialisés en thermalisme, rééducation, désintoxication, anti-poison, anti-tabac, anti-douleur...
- Les nouvelles techniques médicales : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, maladies génétiques et chroniques, médecines douces, traitements de la stérilité, transplantations et greffes, chirurgie esthétique, opération de la myopie, défibrillateur cardiaque implantable...
- Les examens paramédicaux : nature des divers examens et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie...) et préparation,
- Les démarches administratives : aide au maintien à domicile des personnes âgées et prise en charge de la dépendance, aides financières en cas d'hospitalisation, protection sociale, structures d'accueil médicalisées.

Ces informations sont communiquées par une équipe spécialisée. Cette équipe s'engage à respecter les règles de déontologie et de confidentialité médicale. Elle ne fait ni diagnostic individualisé, ni recommandation de prescription médicale.

### Les services en optique, dentaire et audioprothèse

Le service Optique, dentaire et audioprothèse met à la disposition des bénéficiaires la compétence de spécialistes (opticiens, chirurgiens-dentistes, conseillers santé), afin de les aider à mieux analyser l'offre qui leur est faite au moment de l'achat de lunettes correctrices ou de la réalisation de prothèses dentaires ou auditives.

Vous avez accès aux services suivants :

#### ▪ Informations à caractère général

Le service communique des informations à caractère général sur les prothèses dentaires, sur les verres et les lentilles optiques, leurs traitements, les techniques utilisées dans le secteur, les audioprothèses.

Cette mission d'information s'inscrit dans une démarche de prévention pour le domaine dentaire, mais également optique.

#### ▪ Etudes de devis

La mission du service consiste à analyser des devis préalablement remplis par les praticiens afin de déterminer de manière objective, à partir de bases de données tarifaires et selon les caractéristiques techniques, si les prix demandés sont conformes à la moyenne des prix pratiqués dans votre zone géographique.

En optique et auditif, les experts, avec votre accord, proposent une aide à la négociation afin de s'accorder sur les tarifs de la prestation (par téléphone et/ou par courrier).

▪ **Accès à un réseau de professionnels de santé partenaires (optique, dentaire, audioprothèse)**

Itelis a signé en France métropolitaine des accords de partenariat avec des professionnels de santé qui se sont engagés à :

- proposer en priorité une offre adaptée au besoin médical du bénéficiaire, et à des tarifs négociés,
- respecter des normes de qualité et de service clients,

En se rendant chez les partenaires, vous bénéficiez des engagements suivants :

- des tarifs négociés,
- un devis clairement défini et chiffré,
- et des services complémentaires :

... **Chez les opticiens partenaires**

- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat,
- Une garantie casse gratuite sans franchise de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles traditionnelles
- Une réparation et un ajustement des équipements optiques
- Une garantie adaptation gratuite sans franchise de 2 mois pour les verres et de 3 mois pour les lentilles traditionnelles
- Une garantie déchirure gratuite sans franchise de 3 mois pour les lentilles traditionnelles
- Un examen annuel de la vue (gratuit)
- Des actions d'information et de prévention dans le domaine de la santé visuelle
- Un maintien des offres promotionnelles en cours dans le magasin en sus des avantages Itelis

... **Chez les chirurgiens-dentistes partenaires**

- le tiers payant à hauteur de la garantie, pour les prothèses dentaires,
- Remplacement de l'implant en cas de rejet
- une qualité d'accueil, d'écoute et de conseils, notamment en matière de prévention bucco-dentaire,
- un confort maximum lors des séances de soins, ainsi que le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

... **Dans les points de vente d'audioprothèses**

- des tarifs négociés sur les prothèses auditives,
- garantie 2 mois « satisfait ou échangé » (sauf embouts)
- contrôle annuel de l'audition
- prêt gracieux d'un appareil auditif en cas de réparation ou de remplacement

Pour connaître les partenaires les plus proches, vous utilisez l'outil de géo localisation mis à disposition sur le site du gestionnaire santé ou appelez votre gestionnaire santé au numéro figurant sur votre attestation de tiers payant santé.

Pour bénéficier des accords négociés chez un partenaire, vous devez présenter votre attestation de tiers payant santé.

En optique et dentaire, une prise en charge sera fournie aux professionnels de santé membres du réseau d'Itelis sous 48 H après réception des devis.

## Les services en cas de décès

**En cas de décès**, nous mettons à votre disposition, celle de vos bénéficiaires ou de vos proches un service d'informations par téléphone sur les formalités et démarches à accomplir.

Selon le cas, ce service devra se documenter ou effectuer des recherches avant de communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'AXA ne pourra, en aucun cas, être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes traités sont les suivants :

- L'organisation des obsèques,
- Les démarches après le décès,
- Les démarches facultatives,
- Les réglementations particulières.

**« Vous avez accès à ce service en contactant votre centre de règlement santé dont les Coordonnées figurent sur votre attestation santé. »**



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

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

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

#### ▪ **Garde des enfants**

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, dès le 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 votre domicile,
- soit en acheminant les enfants au domicile d'un de vos proches,
- soit en confiant la garde de vos enfants à votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à **75 euros** maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à **40 heures**, réparties sur vingt jours et à raison de deux 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 1ère classe.

#### ▪ **Aide-ménagère à domicile**

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

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

#### ▪ **Garde malade**

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

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

#### ▪ **Présence d'un proche à votre chevet**

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

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

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

**Cette garantie est accordée si aucun membre de votre famille ne se trouve dans un rayon de 50 km de votre lieu de domicile ou de celui du bénéficiaire concerné.**

▪ **Organisation de services**

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

**Le coût de la garantie reste à votre charge.**

▪ **Recherche d'une place dans un milieu hospitalier**

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

▪ **Soins à domicile**

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

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

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

▪ **Soutien pédagogique**

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

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Ces cours sont dispensés au 16ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

**Le coût de la garantie reste à votre charge.**

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

▪ **Informations maternité**

Notre équipe médicale vous communique 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 vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

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

- Habitation (acquisition, construction, financement, bail, congés, aide au logement),
- Impôts (fiscalité, calcul de l'impôt),
- Assurance vie,
- La famille : la grossesse et la naissance, l'adoption, l'éducation des enfants, prévoir sa succession, les handicaps,
- Les prestations familiales (allocations familiales, allocations logement, allocations de naissance, aide à la garde d'enfant, complément familial, allocation de parent isolé), les congés parentaux, l'assurance maternité du régime général, la protection de la femme enceinte, les établissements maternels,
- L'information administrative et sociale : les congés parentaux, le congé maternité, le congé paternel, les allocations familiales, les allocations spécifiques de la CAF, allocation de soutien familial, allocation de parent isolé, les diverses prestations, la prestation d'accueil du jeune enfant, les primes à la naissance, le cumul des primes, la durée légale des congés de maternité, la Sécurité sociale et indemnités journalières, l'incidence fiscale en fonction du statut matrimonial,
- L'information médicale et paramédicale : la grossesse (les consultations obligatoires, les 3 échographies, la péridurale, l'épisiotomie, la radiopelvimétrie, l'amniocentèse, la choriocentèse, la grossesse extra-utérine, le placenta praevia, la toxoplasmose, le facteur rhésus et incompatibilité materno-foetal, 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.

#### **Assistance en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie**

##### **▪ Organisation de services**

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

#### **Le coût de la garantie reste à votre charge.**

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

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

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

Nous vous dirigeons alors :

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

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

## Définitions applicables aux services d'assistance

### Territorialité

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

### Domicile

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

### Hospitalisation

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

### Immobilisation au domicile

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

### 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.

### Maladie

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

### 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.

### Equipe médicale

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

### Proche

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

### 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.

## Mise en œuvre des services d'assistance

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

Nous ne pouvons être tenus pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

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

## Les documents nécessaires au règlement des prestations

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

Les prestations	Les documents à nous transmettre
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>La médecine courante</b></li> </ul>	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>La médecine non conventionnelle</b></li> </ul>	L'original de la facture ou pièce numérisée, avec le n° ADELI du praticien
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>La prévention</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les actes de prévention</li> <li>- Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin</li> <li>- <b>Consultation</b>, prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans</li> <li>- <b>Test ADN de dépistage de la trisomie 21</b></li> <li>- Test HPV</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée</li> <li>La prescription médicale et l'original de la facture ou pièce numérisée</li> <li>La prescription médicale et l'original de la facture ou pièce numérisée</li> <li>La prescription médicale et l'original de la facture ou pièce numérisée</li> <li>L'original du décompte de la Sécurité sociale ou l'original de la facture s'il n'a pas été remboursé par la Sécurité sociale, ou pièce numérisée</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les frais de transport</b></li> </ul>	L'original du décompte de la Sécurité sociale, ou pièce numérisée
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>La pharmacie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale</li> <li>- Les médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si vous utilisez le tiers payant) ou pièce numérisée</li> <li>La prescription médicale et l'original de la facture</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Le dentaire</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'original du décompte de la Sécurité sociale</li> <li>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.</li> <li>Pour les actes inférieurs à 800 euros (2 000 euros pour les implants), les pièces numérisées sont acceptées.</li> <li>Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires.</li> </ul>

Les prestations	Les documents à nous transmettre
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>L'optique</b></li> </ul>	<p>L'original du décompte de la Sécurité sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les lunettes ou l'implant intraoculaire multifocal : l'original de la facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre. Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires.</li> <li>- Pour les lentilles : l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture.</li> </ul> <p>Pour les actes inférieurs à 600 euros (300 euros pour les lentilles), les pièces numérisées sont acceptées.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>L'auditif</b></li> </ul>	<p>L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée.</p> <p>En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée.</p> <p>Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les appareillages et prothèses diverses</b> (autres que les prothèses dentaires et auditives)</li> </ul>	<p>L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée.</p> <p>En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>L'hospitalisation</b></li> </ul>	<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 ou pièce numérisée.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les cures thermales</b></li> </ul>	<p>L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée.</p> <p>L'original des factures.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>La maternité</b></li> </ul>	<p>Une copie de l'acte de naissance de l'enfant</p>

### Quelques informations supplémentaires

#### Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez.

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 et effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent.

## Article 1 : Les conditions d'adhésion

**Pour bénéficier de notre garantie, vous devez répondre à l'ensemble des conditions suivantes**, sauf dispositions dérogatoires prévues par la législation en vigueur :

- appartenir au groupe assuré,
- être affilié à un régime obligatoire de la Sécurité sociale,
- bénéficier d'un contrat de travail en vigueur. Si votre contrat de travail est suspendu pour maladie, maternité ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, vous continuez à bénéficier des garanties du présent contrat.

## Article 2 : Les bénéficiaires

Vous-même et vos ayants droit bénéficiez de la garantie.

Vos ayants droit sont définis ci-après :

- votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ; est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou à défaut votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale.  
Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun, devra nous être communiqué.  
Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- vos enfants et ceux de votre conjoint :
  - jusqu'à leur 18<sup>ème</sup> anniversaire, s'ils sont à votre charge au sens de la Sécurité sociale,
  - jusqu'à leur 28<sup>ème</sup> anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :
    - . être affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
    - . suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
    - . être à la recherche d'un premier emploi, inscrit à Pôle emploi et avoir terminé ses études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
  - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

## Article 3 : La durée de votre garantie

### 1. Le début de votre garantie

Vous bénéficiez de votre garantie :

- dès la date d'effet du contrat frais de santé 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.

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.

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

## 2. La fin de votre garantie

Vous cessez, ainsi que vos ayants droit, de bénéficier de votre garantie dès :

- que vous sortez du groupe assuré,
- que votre contrat de travail est rompu, sauf si vous bénéficiez du maintien de garanties prévu à l'article ci-dessous,
- l'attribution de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf si vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi retraite,
- la résiliation de ce contrat (si ce dernier n'est pas remplacé, vous pouvez nous demander à bénéficier d'une assurance de groupe à adhésion individuelle).

De plus, vos ayants droit cessent de bénéficier de la garantie dès qu'ils ne répondent plus à la définition des ayants droit.

Nous suspendons votre garantie 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 4 : 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 deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

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

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

**Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.**

**L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

### Article 5 : 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.



## Les maintiens de garantie dont vous pouvez bénéficier

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

Vous bénéficiez du maintien des garanties du présent contrat en cas de rupture de votre contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, sauf :

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

Ce maintien s'applique à l'ensemble de vos ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du présent contrat.

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

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

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

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

Nous cessons le maintien des garanties à la survenance du premier des évènements suivants :

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

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

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

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

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

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

Vous pouvez souscrire :

- si vous êtes en invalidité et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale,
- au moment de votre départ en préretraite ou à la retraite,
- si vous êtes licencié (si vous avez bénéficié du maintien prévu à l'article 1 ci-dessus, la période de 6 mois s'entend à compter de la fin dudit maintien).

Conformément aux conditions prévues par le décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables ne sont pas supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

En cas de décès, vos ayants droit (tels que définis à l'article 2 des dispositions relatives au contrat Santé entreprise) peuvent également bénéficier du maintien de garantie pendant 12 mois, s'ils en font la demande dans les 6 mois qui suivent la date de votre décès.

Cette assurance de groupe à adhésion facultative présente en outre pour vous les avantages suivants :

- elle est accordée sans délais d'attente,
- ni questionnaire médical.

### 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° 226 122540,
- la raison sociale de votre employeur : SCHLUTER SYSTEMS.

### Les réclamations

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur privilégié ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel :

Direction Relations Clientèle  
**AXA France**  
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 : un accusé de réception vous sera adressé sous 8 jours et une réponse vous sera alors adressée dans un délai de 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante - La Médiation de l'Assurance TSA 501 10 - 75441 Paris Cedex 09, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>. L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

**CONTRAT FRAIS DE SANTE COLLECTIF D'ENTREPRISE**

**ATTESTATION DE REMISE DE LA NOTICE**

Merci de remplir cette attestation et de la remettre à votre employeur

Je, soussigné (prénom, nom) ....., déclare avoir bien  
reçu la notice du contrat collectif obligatoire frais de santé N° 226122540 que m'a remise mon employeur,

A ..... Le ..... Signature