Santé

Conditions générales
Notice d'information
Complémentaire santé
Ma Santé

Juillet 2018

Je choisis
une assurance citoyenne

SOMMAIRE

BIEN COMPRENDRE VOTRE CONTRAT VOS CONDITIONS GÉNÉRALES

Chapitre	Page	Article
1 - Votre contrat d'assurance complémentaire santé	3	1.1. Contrat individuel
	3	1.2. Contrat de groupe à adhésion facultative
	4	1.3. Terminologie
2 - Vos garanties frais de santé	5	2.1. Que prenons-nous en charge ?
	5	2.2. Comment calculons-nous votre remboursement ?
	5	2.3. Comment obtenir votre remboursement ?
	6	2.4. Exclusions communes à toutes les garanties du chapitre 2
	6	2.5. Limitations communes à toutes les garanties du chapitre 2
	7	2.6. Hospitalisation
	7	2.7. Médecine
	8	2.8. Pharmacie
	8	2.9. Optique
	9	2.10. Dentaire
	9	2.11. Audition
	9	2.12. Autres appareillages ou prothèses
	10	2.13. Cure thermale
	10	2.14. Allocation de bienvenue
	10	2.15. Prévention
	11	2.16. Soins à l'étranger
	11	2.17. Options Suisse
3 - Vos garanties d'assistance	14	3.1. Pack Assistance Hôpital
	15	3.2. Soutien scolaire
	16	3.3. Conseil à l'aménagement d'habitat
	16	3.4. Recherche de prestataires
	16	3.5. Rapatriement sanitaire - Retour des proches
	19	3.6. Garde de personne dépendante
	20	3.7. Assistance juridique : Information juridique par téléphone

SOMMAIRE (SUITE)

Chapitre	Page	Article
4 - Dispositions générales	21	4.1. Vos cotisations
	21	4.2. Modifications législatives et réglementaires
	21	4.3. Ancienneté des personnes au contrat
	22	4.4. Avantage 3e enfant
	22	4.5. Déclarations fausses, erronées ou omises
	22	4.6. Démarrage du contrat et déclenchement des remboursements
	22	4.7. Fin du contrat ou de l'adhésion
	24	4.8. Modification du contrat ou de l'adhésion à votre demande
	24	4.9. Arbitrage
	24	4.10. Subrogation
	24	4.11. Contrat responsable
	25	4.12. Labellisation pour les agents territoriaux
	25	4.13. Prescription - Période au-delà de laquelle aucune demande n'est plus recevable
	26	4.14. Réclamations
	27	4.15. Délai de renonciation en cas de vente à domicile ou à distance
	28	4.16. Démarchage téléphonique
	28	4.17. Dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme
	28	4.18. Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
5 - Convention d'utilisation des services numériques		
	29	5.1. Article 1 - Définitions
	30	5.2. Article 2 - Acceptation de la relation électronique
	30	5.3. Article 3 - Vos engagements
	31	5.4. Article 4 - Processus de souscription électronique
	32	5.5. Article 5 - Signature électronique de documents
	32	5.6. Article 6 - Relation électronique
	33	5.7. Article 7 - Moyens de preuve
	33	5.8. Article 8 - Archivage des documents
	33	5.9. Article 9 - Données à caractère personnel
6 - Lexique	34	

Le présent contrat d'assurance est soumis aux dispositions du Code des assurances.
Il est régi par la Loi française.
L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – Secteur Assurance (ACPR) située 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

1 - VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Votre contrat a pour objet de vous garantir le remboursement total ou partiel de vos dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie selon les dispositions du chapitre 2 « Vos garanties ».

Votre contrat est soit un contrat individuel, soit un contrat de groupe à adhésion facultative en fonction des critères indiqués ci-dessous.

Pour souscrire ce contrat individuel ou adhérer à ce contrat de groupe à adhésion facultative vous devez être résident fiscal français. Vous devez être couvert par un régime obligatoire français d'assurance maladie et être à jour de vos cotisations ou avoir pu obtenir une attestation de droits avec le formulaire S1 dans le cadre de la coordination des systèmes de sécurité sociale européens.

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique situé en fin de document.

1.1. Contrat individuel

Votre contrat est un contrat individuel si vous êtes dans la situation suivante :

Vous et aucun autre assuré au contrat n'est un travailleur non salarié non agricole. Votre régime obligatoire et celui des autres assurés au contrat est soit :

- Le régime général, géré par la CNAMTS ou un de ses délégataires, couvrant :
  - les travailleurs salariés,
  - le régime local d'Alsace-Moselle,
  - les bénéficiaires de la Protection Universelle Maladie (PUMA).
- Le régime maladie agricole, géré par la MSA, couvrant :
  - les exploitants agricoles,
  - les salariés agricoles,
  - les salariés de certains organismes ou entreprises travaillant pour le secteur agricole.
- Un régime maladie spécial (Militaire, SNCF, etc.).

Votre contrat est alors composé :

- des présentes Conditions générales qui définissent le fonctionnement du contrat et les garanties,
- des Conditions particulières qui précisent l'identité des personnes assurées, la formule, les garanties que vous avez choisies et leur niveau.

Votre contrat est alors souscrit avec AXA France Vie ou AXA Assurance Vie Mutuelle pour les garanties Frais de santé et, respectivement, avec AXA France IARD ou AXA Assurance IARD Mutuelle pour les garanties d'assistance. L'organisme assureur est précisé sur vos Conditions particulières.

1.2. Contrat de groupe à adhésion facultative

Votre contrat est un contrat de groupe à adhésion facultative si vous êtes dans la situation suivante :

Vous ou au moins un des assurés au contrat est un travailleur non salarié non agricole susceptible de bénéficier de la déduction fiscale des cotisations telle que définie dans la loi du 11 février 1994 dite loi Madelin. Votre régime obligatoire ou celui de cet assuré au contrat est alors :

- soit le Régime Social des Indépendants (RSI) des travailleurs non salariés non agricole,
- soit le régime général en cas de bénéfice d'une dérogation pour y cotiser.

Vous adhérez alors à un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association Nationale pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite (ANPERE) qui vous représente auprès d'AXA France Vie ou d'AXA Assurance Vie Mutuelle. Le contrat auquel vous adhérez est précisé dans votre Certificat d'adhésion.

Votre adhésion est alors composée :

- de la présente Notice d'information qui définit le fonctionnement du contrat et les garanties,
- du Certificat d'adhésion qui précise l'identité des personnes assurées, la formule, les garanties que vous avez choisies et leur niveau.

Le contrat souscrit par l'association ANPERE auquel vous adhérez (hors Ma Santé Hospi et Ma Santé 400 %) est conforme aux dispositions des articles L.141-1 et suivants du Code des assurances et est éligible à la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite « Loi Madelin »).

Il vous appartient de vérifier que vous pouvez bénéficier de la déductibilité prévue à l'article 154 bis du code général des impôts, chaque année, en fonction de la règlementation en vigueur, y compris pour vos ayants droit affiliés au régime d'assurance maladie maternité des Travailleurs Non Salariés non agricoles.

1.3. Terminologie

Pour faciliter votre lecture de ce document, nous désignerons par « **Conditions personnelles** » aussi bien les **Conditions particulières** que le **Certificat d'adhésion**.

2 - VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Le contrat garantit le remboursement d'une partie ou de la totalité des dépenses de soins médicaux, chirurgicaux et hospitaliers entrant dans la catégorie de ceux pris en charge par le régime obligatoire français d'assurance maladie au titre des risques maladie, maternité, accidents.

2.1. Que prenons-nous en charge ?

- **Les garanties définies dans les présentes Conditions générales sont accordées uniquement quand elles sont décrites comme acquises dans vos Conditions personnelles ;**
- **Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire** d'assurance maladie français. Les seules exceptions à cette règle sont mentionnées explicitement dans vos Conditions personnelles.

Le règlement des prestations est effectué en France et en euros.

2.2. Comment calculons-nous votre remboursement ?

Nous le calculons à partir des informations figurant sur le décompte de votre régime obligatoire d'assurance maladie, et des factures des professionnels de santé si besoin.

Nous le déterminons, acte par acte, en fonction des garanties que vous avez choisies, déduction faite des remboursements de votre régime obligatoire, de la participation forfaitaire, des franchises et des remboursements de tout autre régime complémentaire.

Conformément à la législation, la totalité des remboursements (régime obligatoire plus régimes complémentaires) ne peut en aucun cas dépasser les frais réellement engagés.

2.3. Comment obtenir votre remboursement ?

Pour obtenir votre remboursement vous devez nous faire parvenir l'original du décompte de votre régime obligatoire pour toute prestation ayant fait l'objet préalablement d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Si vous bénéficiez de la télétransmission, votre régime obligatoire le fait pour vous et nous transmet automatiquement les informations nécessaires. Vous en êtes informés par une note sur votre décompte.

Pour les garanties qui ne font pas l'objet d'un remboursement par votre régime obligatoire vous devez nous adresser les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré.

Pour les cas particuliers suivants vous devez nous adresser certaines pièces complémentaires indiquées ci-dessous :

- **Pour obtenir le remboursement de lentilles de contacts vous devez** nous adresser l'ordonnance de l'ophtalmologiste prescripteur en plus de la facture acquittée au nom de l'assuré ;
- **Pour obtenir le remboursement d'implants dentaires vous devez** nous adresser la facture acquittée au nom de l'assuré. Elle doit indiquer le numéro des dents soignées.

Dans les cas particuliers autorisant plus **d'un remboursement de lunettes** tous les deux ans, vous devez nous transmettre les factures et ordonnances nous permettant de vérifier la conformité de votre demande aux cas autorisés.

Dans le cadre de **nos contrôles de conformité** nous pouvons vous demander les factures originales, les décomptes originaux, les ordonnances originales des prestations, où à défaut une copie certifiée conforme lorsqu'ils ont été communiqués à votre régime obligatoire. Sur refus de fourniture de votre part, nous pouvons refuser le remboursement ou limiter le remboursement au ticket modérateur de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de la **vérification des exclusions et des limitations**, nous pouvons vous demander des informations médicales, cette demande d'information étant limitée aux données nécessaires pour vérifier l'exclusion ou la

limitation. Ces informations médicales doivent être transmises au Médecin conseil d'AXA selon la procédure définie dans le chapitre « Vos données de santé » de vos conditions personnelles.

Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces informations, l'exclusion ou la limitation sera appliquée.

2.4. Exclusions communes à toutes les garanties du chapitre 2

NOUS NE PRENONS PAS EN CHARGE, QUELLE QUE SOIT LA FORMULE CHOISIE :

- **les soins antérieurs à la date d'effet du contrat,**
- **les séjours en établissement de santé commencés avant la date d'effet de votre contrat,**
- **les soins antérieurs de deux ans à la date de leur présentation,**
- **les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre régime obligatoire ne suffit pas, vous devrez nous fournir des justificatifs complémentaires : facture, prescription, note d'honoraires),**
- **la participation forfaitaire et les franchises sur boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire,**
- **les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels,**
- **les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, et les soins facturés par les établissements médicosociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).**

À ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie.

2.5. Limitations communes à toutes les garanties du chapitre 2

Les garanties décrites dans vos Conditions personnelles sont limitées comme décrit ici.

2.5.1. Chirurgie esthétique

Notre prise en charge des frais de chirurgie esthétique pris en charge par votre régime obligatoire est limitée au ticket modérateur en cas d'opération :

- du sein si elle n'est pas consécutive à un accident, à une pathologie dégénérative ou à une réduction mammaire importante,
- du nez si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une pathologie chronique documentée,
- d'abdominoplastie si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une perte de poids documentée ayant provoqué une baisse d'IMC de plus de 10 points,
- de toute autre partie du corps, si l'opération n'est pas consécutive à un accident ou à une maladie.

Notre prise en charge est limitée au ticket modérateur si vous ne nous fournissez pas toutes les pièces permettant à notre médecin-conseil d'évaluer ces opérations.

Cette limitation s'applique pour les actes en ville ou à l'hôpital.

Comme pour les autres prestations, nous ne prenons pas en charge la chirurgie esthétique non remboursée par votre régime obligatoire.

2.5.2. Psychiatrie

Nous prenons en charge la psychiatrie et la neuropsychiatrie aux taux indiqués dans vos Conditions personnelles jusqu'à la 6ème consultation par bénéficiaire et par année d'assurance. Au-delà nous ne prenons en charge que le ticket modérateur. Cette limitation s'applique pour les consultations, visites et actes en ville comme à l'hôpital.

Les consultations de psychologue ou psychothérapeute ne sont pas prises en charge.

2.6. Hospitalisation

2.6.1. Vous êtes hospitalisé

Nous prenons en charge votre hospitalisation, à domicile ou dans un établissement public ou privé, pour un court séjour ou un moyen séjour.

Notre prise en charge comprend les frais liés à l'hospitalisation :

- les honoraires des médecins,
  - selon la formule souscrite, nous pouvons distinguer les remboursements versés aux médecins ayant adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) (par exemple les médecins « CAS ») des remboursements aux médecins n'ayant pas adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) (par exemple les médecins « non CAS »),
- les frais de séjour, les frais de salle d'opération, la pharmacie et autres frais médicaux,
- le forfait journalier hospitalier,
- le transport sanitaire,
- les frais liés à l'hospitalisation à domicile (HAD).

S'ils sont valorisés dans vos Conditions personnelles, notre prise en charge comprend aussi :

- les frais de chambre particulière,
- les frais de lit d'accompagnement (la personne hospitalisée accompagnée doit être assurée au contrat, la personne accompagnant peut ne pas l'être).

Les consultations externes à l'hôpital ne sont pas prises en charge au titre de cette garantie mais au titre et au taux de la garantie Médecine.

2.7. Médecine

Ces garanties sont acquises si elles sont mentionnées et valorisées dans vos Conditions personnelles.

2.7.1. Vous consultez un médecin (généraliste, spécialiste)

Nous prenons en charge vos frais de consultation, de visites et les actes que le médecin aura pratiqués (actes cliniques et techniques, actes de spécialité : radiographie et imagerie médicale).

Selon la formule souscrite, nous pouvons distinguer les remboursements versés aux médecins ayant adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) (par exemple les médecins « CAS ») des remboursements aux médecins n'ayant pas adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)(par exemple les médecins « non CAS »).

2.7.2. Vous utilisez les services d'un auxiliaire médical

Nous prenons en charge les visites et les actes des auxiliaires médicaux suivants : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue.

2.7.3. Vous réalisez des examens médicaux (laboratoire)

Nous prenons en charge les frais qui se rapportent à vos examens médicaux dans les laboratoires d'analyses médicales.

2.7.4. Vous consultez pour de la médecine douce

Nous prenons en charge les prestations des ostéopathes, des chiropracteurs, des acupuncteurs et des pédicures-podologues :

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

- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et **être membre** de l'Association Française de Chiropratique (AFC),
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Pour ces professions de santé, nous prenons en charge au titre de cette prestation les actes qui ne donnent pas lieu à remboursement par votre régime obligatoire. Les actes qui donnent lieu à des remboursements par votre régime obligatoire sont pris en charge par les autres garanties et à leurs conditions.

2.8. Pharmacie

2.8.1. Vous achetez des médicaments

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous vous remboursons :

- les médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche), les médicaments à service médical rendu modéré et les médicaments homéopathiques (ex-vignette bleue) et certaines préparations magistrales,
- les médicaments à service médical faible (ex-vignette orange) **lorsqu'ils ne sont pas explicitement exclus de vos Conditions personnelles**,
- les médicaments prescrits non remboursés par votre régime obligatoire si explicitement mentionnés dans vos Conditions personnelles.

Nous ne remboursons en aucun cas un médicament non prescrit.

2.9. Optique

Ces garanties sont acquises si elles sont mentionnées et valorisées dans vos Conditions personnelles.

2.9.1. Vous achetez des lunettes

Nous prenons en charge les montures et les verres de vos lunettes.

Votre remboursement peut être différencié en fonction des verres. Nous distinguons les verres simples, les verres complexes et les verres très complexes dont vous trouverez la définition dans le lexique.

Si dans vos Conditions personnelles, il est marqué que la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les deux ans, veuillez trouver ci-après les conditions précises de cette limitation :

- les deux ans sont comptés en années d'assurances de la date d'effet de la souscription ou de l'adhésion au contrat à la date d'échéance la première année et de date d'échéance à date d'échéance ensuite ;
  – vous pouvez acquérir les verres et la monture ensemble ou séparément durant cette période.
- la période est réduite à un an pour un bénéficiaire mineur,
- la période est réduite à un an en cas d'évolution de la vue,
  – dans ce cas vous devez nous fournir la prescription initiale et la prescription renouvelée de votre ophtalmologue,
  – ou la prescription initiale de votre ophtalmologue avec les mentions portées par l'opticien si celui-ci a procédé lui-même à l'adaptation lors du renouvellement.
- si vous présentez un déficit de vision de près et de loin et que vous ne souhaitez pas ou ne pouvez pas porter des verres progressifs ou multifocaux, nous prenons en charge deux équipements sur une période de deux ans, chaque équipement corrigeant un des deux déficits mentionnés ci-dessus,
  – dans ce cas vous devez nous fournir les prescriptions correspondantes avec une demande de remboursement des deux équipements.

2.9.2. Vous achetez des lentilles

Nous prenons en charge les lentilles de contact dès lors qu'elles relèvent d'une prescription médicale même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge.

2.9.3. Vous vous faites opérer de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme ou de la presbytie

Nous prenons en charge les frais qui s'y rapportent, même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge.

2.10. Dentaire

2.10.1. Vous consultez un chirurgien-dentiste

Cette garantie est acquise si la mention « Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiensdentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles. Nous prenons en charge les frais de consultation, de prévention et de soins.

2.10.2. Vous vous faites poser une prothèse dentaire

Cette garantie est acquise si la mention « Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge toutes les prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale.

Nous prenons en charge les implants, même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge.

2.10.3. Vous suivez un traitement d'orthodontie

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Notre prise en charge se fait par semestre de traitement.

2.11. Audition

2.11.1. Vous achetez une prothèse auditive

Cette garantie est acquise si la mention « Appareil Auditifs » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les frais d'appareillage.

Seuls les produits figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables sont remboursés par votre régime obligatoire et sont donc pris en charge par notre garantie. Cette liste est consultable sur le site Internet de l'Assurance Maladie.

2.12. Autres appareillages ou prothèses

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

2.12.1. Vous achetez un appareillage ou une prothèse non dentaire et non auditive

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les orthèses, prothèses, matériels et appareils autre que les prothèses optiques, dentaires ou auditives.

Seuls les produits figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables sont remboursés par votre régime obligatoire et sont donc pris en charge par notre garantie. Cette liste est consultable sur le site Internet de l'Assurance Maladie.

2.13. Cure thermale

2.13.1. Votre médecin vous prescrit une cure thermale

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge :
- le forfait thermal,
- le forfait de surveillance thermale.

Si un forfait en euro est mentionné dans vos Conditions personnelles au titre de la garantie « Cure Thermale », nous prenons en charge les frais de séjour et de transport à hauteur de ce forfait même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge. Vous devez alors nous adresser les justificatifs relatifs à ces frais (originaux des factures et des titres de transport). Les soins de la cure thermale à laquelle se rapportent ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement de votre régime obligatoire.

2.14. Allocation de bienvenue

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Pour bénéficier de cette garantie vous devez assurer votre enfant sur le contrat dans les deux mois qui suivent sa naissance. Cette garantie est acquise en cas d'adoption. Vous devez assurer votre enfant sur le contrat dans les deux mois qui suivent l'adoption (notification par le Tribunal de Grande Instance).

2.15. Prévention

2.15.1. Actes de prévention dentaires

À l'exception de la formule Ma Santé Hospi, nous prenons en charge la totalité du ticket modérateur des actes de prévention suivants :
- scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserves que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire ;
- détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.

Ces actes de prévention sont pris en charge au titre de la garantie Dentaire.

2.15.2. Forfait prévention

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous vous remboursons :
- Le vaccin contre la grippe prescrit par ordonnance même lorsque celui-ci n'est pas pris en charge par votre régime obligatoire. L'injection du vaccin est prise en charge au titre des garanties de médecine et à leurs conditions.
- Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) non remboursés par la Sécurité sociale.
- Les consultations de diététiciens diplômés d'état. À noter que les consultations des médecins nutritionnistes peuvent être prises en charge par votre régime obligatoire et sont alors remboursées au titre des garanties Médecines et à leurs conditions.

Sur la formule Ma Santé 400 %, nous prenons aussi en charge dans ce forfait les vaccins prescrits non pris en charge par la sécurité sociale.

2.16. Soins à l'étranger

Nous prenons en charge les soins à l'étranger lorsque qu'ils sont eux-mêmes pris en charge par la Sécurité sociale française. Nous intervenons en particulier lors d'une hospitalisation d'urgence dans l'Espace Économique Européen ou en Suisse.

Nous prenons comme base de remboursement celle qui nous est fournie par la Sécurité sociale française.

Les hôpitaux à l'étranger sont pris en charge au taux des établissements non conventionnés ; les honoraires y sont pris aux taux des frais de séjours.

À l'exception des Options Suisse, les garanties, lorsqu'elles sont exprimées en pourcentage, sont toujours prises en charge sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale française et avec application des règles françaises.

Pour obtenir vos remboursements **vous devez** nous adresser le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré **même si vous bénéficiez de la télétransmission**. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euros.

Le taux de change applicable est le taux de change moyen du franc suisse dans le mois civil qui précède la date des soins pour la Suisse, le taux de change de la devise concernée au jour de la date de soin pour les autres pays.

2.17. Options Suisse

Les options Suisse s'adressent à des résidents français relevant d'un régime d'assurance maladie obligatoire français souhaitant se faire soigner régulièrement en Suisse. Elles permettent de percevoir des remboursements adaptés en fonction de la prise en charge ou non de ces soins par la Sécurité sociale française.

Les options Suisse ne peuvent être souscrites que par les personnes ayant leur résidence principale dans les départements Français suivant : Ain (01), Doubs (25), Jura (39), Haut-Rhin (68), Haute-Savoie (74), Territoire de Belfort (90).

Les options Suisse ne peuvent être souscrites que pour des bénéficiaires de 60 ans ou moins, l'âge étant considéré par rapport à l'année civile.

Les options Suisse sont soumises à un Questionnaire Médical. Nous pouvons vous demander des renseignements complémentaires.

2.17.1. Option Hospitalisation en Suisse

Cette garantie est acquise si la mention « HospiSuisse » est portée dans vos Conditions personnelles.

Cette garantie s'applique aux hospitalisations en Suisse en remplacement de la garantie hospitalisation standard. Elle s'applique aux hospitalisations incluant un séjour d'au moins une nuit. Elle ne s'applique que dans les établissements hospitaliers inscrits sur les listes hospitalières cantonales.

En cas d'une hospitalisation dans un Hôpital Cantonal ou dans un établissement tarifant ses prestations selon les règles de la SwissDRG, nous prenons en charge, à hauteur de 100 % du tarif SwissDRG en division commune vos frais d'hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale.

En cas d'hospitalisation dans un établissement de santé ne tarifant pas ses prestations selon les règles de la SwissDRG, nous prenons en charge vos frais d'hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale à hauteur d'un forfait indiqué dans vos Conditions personnelles.

Les hospitalisations ambulatoires ne sont pas prises en charge au titre de cette option.

Nous prenons en charge les frais pré et post opératoires liés à une opération elle-même prise en charge.

Notre remboursement est établi comme suit pour les hospitalisations :

- en complément de la Sécurité sociale française si celle-ci intervient (en particulier sur toutes les hospitalisations d'urgence), sur réception du décompte de votre régime obligatoire ou sur présentation de la facture originale de l'hôpital indiquant votre reste à charge,

- au premier euro sur présentation du refus de prise en charge de la Sécurité sociale française si celle-ci a estimé qu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France (la prestation étant toutefois remboursable au regard de la réglementation française).

Le remboursement des frais pré et post opératoires est établi en complément de la Sécurité sociale française ou au premier euro comme l'hospitalisation à laquelle ils se rapportent. Les frais pré opératoires sont remboursés après l'hospitalisation sauf en cas d'accord préalable de prise en charge de l'hospitalisation par tiers-payant.

Si l'hospitalisation n'a pas de caractère d'urgence, vous pouvez nous adresser au préalable le « bon de garantie » de l'établissement hospitalier. Nous pourrons ainsi payer ce dernier à votre place en tiers payant, dans la limite de la garantie.

Nous prenons en charge les frais de transport d'urgence liés à votre hospitalisation. Nous vous remboursons à concurrence d'un plafond indiqué dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les frais de lit d'accompagnement à hauteur d'un forfait indiqué dans vos Conditions personnelles.

Limite hospitalière : Le total annuel par personne de nos remboursements au titre de cette option ne peut dépasser une limite indiquée dans vos Conditions personnelles. Les remboursements établis en complément de la Sécurité sociale française ne sont pas comptabilisés pour l'atteinte de cette limite.

Les garanties de l'option Hospitalisation en Suisse sont acquises :
- sans délai d'attente en cas d'accident ou en cas de reprise de contrat à la concurrence. Dans ce dernier cas, les conditions de votre ancien contrat sont appliquées sans pouvoir dépasser les limites indiquées dans vos Conditions personnelles ;
- après un délai d'attente de trois mois à compter de la date d'effet du contrat sinon. Toutefois ce délai d'attente ne s'applique pas pour l'enfant nouveau-né s'il est inscrit au contrat dans les deux mois suivant sa naissance et si l'un des parents est assuré depuis plus de trois mois ;
- après un délai d'attente de douze mois pour les hospitalisations de psychiatrie.

2.17.2. Option Hospitalisation en Suisse et Soins en Suisse

Cette garantie est acquise si la mention « HospiSuisse + SoinSuisse » est portée dans vos Conditions personnelles.

Cette garantie inclut :
- l'option Hospitalisation en Suisse telle que décrite ci-avant,
- la prise en charge de soins de médecine et de pharmacie en Suisse dès lors qu'ils sont reconnus comme remboursables selon les règles et pratiques de la Sécurité sociale française,
- la prise en charge de frais dentaires, optiques et appareillages en Suisse dès lors qu'ils sont reconnus comme remboursables selon les règles et pratiques de la Sécurité sociale française.

En médecine et de pharmacie, nous prenons en charge les prestations suivantes qu'elles soient réalisées en cabinet ou en hospitalisation ambulatoire :
- vos frais de consultations, de visites et d'actes de médecins (si conforme au code de déontologie médical français),
- vos frais d'auxiliaires médicaux prescrits par un médecin,
- vos dépenses de médicaments et vaccins (si remboursables en France), prescrits par un médecin,
- vos dépenses relatives aux examens médicaux dans les laboratoires médicaux et les cabinets de radiologie prescrits par un médecin.

Notre remboursement pour ces prestations est alors établi comme suit sur la base des tarifs de convention de la LAMal :
- en complément de la Sécurité sociale française si elle intervient, sur réception du décompte de la Sécurité sociale et sur présentation d'une copie de la facture détaillant votre reste à charge,
- au premier euro si la Sécurité sociale française n'intervient pas, sur présentation de l'**original** de la facture détaillée.

Vous devez nous fournir aussi la prescription du médecin en cas de demande de remboursement de médicaments, vaccins, prestations d'auxiliaires médicaux et examens médicaux.

En appareillage en Suisse, nous prenons en charge les appareils prescrits et inscrits sur la Liste des Moyens et Appareils (LiMA) **à l'exclusion des aides acoustiques et des aides visuelles** et dans les limites des plafonds indiqués dans vos Conditions personnelles. Les limitations indiquées dans la LiMa sont appliquées (par exemple : fréquence de remboursement, type d'affection, etc.). Pour les prothèses mammaires nous appliquons aussi les exclusions et les limitations définies pour la chirurgie esthétique.

Notre remboursement pour ces prestations est alors établi comme suit sur la base des tarifs de convention de la LAMal :

- en complément de la Sécurité sociale française si elle intervient, sur réception du décompte de la Sécurité sociale et sur présentation d'une copie de la facture détaillant votre reste à charge,
- au premier euro si la Sécurité sociale française n'intervient pas, sur présentation de l'**original** de la facture détaillée.

Vous devez nous fournir aussi la prescription du médecin ou du praticien autorisé en cas de demande de remboursement d'appareillage.

En dentaire, optique et appareillage auditif en Suisse, nous prenons en charge les mêmes prestations qu'en France et selon les lignes du tableau de la formule Ma Santé hors option Suisse inclus dans vos Conditions personnelles.

Notre remboursement pour ces prestations est alors établi comme suit sur les bases de remboursement de la Sécurité sociale française :

- en complément de la Sécurité sociale française si elle intervient, sur réception du décompte de la Sécurité sociale et sur présentation d'une copie de la facture détaillant votre reste à charge,
- au premier euro si la Sécurité sociale française n'intervient pas, sur présentation de l'original de la facture détaillée.

Vous devez nous fournir la prescription du médecin en cas de demande de remboursement de lunettes, de lentilles de contact ou d'appareil auditif.

Les montants en Euro des garanties Optique-Dentaire sont communs aux prestations réalisées en France et aux prestations réalisées en Suisse. Une prestation réalisée en Suisse se fait donc au détriment d'une éventuelle prestation réalisée en France.

Limite soins : Le total annuel par personne de nos remboursements au titre des garanties de médecine, pharmacie et optique et dentaire en Suisse ne peut dépasser une limite indiquée dans vos Conditions personnelles. Les remboursements établis en complément de la Sécurité sociale française ne sont pas comptabilisés pour l'atteinte de cette limite.

Les limites hospitalières et soins sont indépendantes: l'atteinte de la limite hospitalière ne peut être compensée par la non-atteinte de la limite soins et vice-versa.

2.17.3. Exclusions communes aux Options Suisse

EN COMPLÉMENT DES EXCLUSIONS ET DES LIMITATIONS COMMUNES CITÉES AUX SOUS CHAPITRES « EXCLUSION COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES DU CHAPITRE 2 » ET « LIMITATIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES DU CHAPITRE 2 », NOUS NE PRENONS PAS EN CHARGE POUR LES OPTIONS SUISSE :

- **les prestations qui ne sont pas remboursables au regard de la réglementation française,**
- **la chirurgie maxillo-faciale, même remboursée par la Sécurité sociale française, si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une pathologie chronique documentée,**
- **les frais médicaux consécutifs**
  - **à une faute intentionnelle d'un assuré,**
  - **à l'usage de drogue ou de stupéfiant ou d'alcool,**
  - **à l'alcoolisme ou état d'ivresse,**
  - **à la participation de l'assuré aux sports suivants : sports de combat en compétition, sports aéronautiques de toute nature, rallye et compétition avec tout moyen de locomotion motorisé,**
  - **à une guerre civile ou étrangère,**
  - **à la participation de l'assuré à des émeutes ou mouvement populaire,**
  - **à une désintégration ou la fusion du noyau atomique**
- **les séjours**
  - **en centres spécialisés (repos, convalescence),**
  - **en établissement de réadaptation ou rééducation professionnelle,**
  - **en établissement de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies,**
  - **en maisons d'enfants à caractère sanitaire,**
  - **en institut médico-pédagogiques et médico-psychopédagogiques.**

3 - VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Les prestations des garanties décrites dans ce chapitre sont réalisées par AXA Assistance. Le numéro de téléphone à appeler est indiqué dans vos Conditions personnelles.

Territorialité : les garanties d'assistance de ce chapitre s'exercent en France sauf stipulation explicite contraire.

3.1. Pack Assistance Hôpital

3.1.1. Avant l'hospitalisation : aide au choix d'un établissement hospitalier

Cette garantie est acquise s'il est fait mention d'« orientation hospitalière » au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

En fonction du lieu de votre domicile, du type de pathologie et de critères de qualité officiels des établissements publics ou privés, nos professionnels de santé vous communiquent une liste comportant au moins trois établissements correspondants à vos besoins (établissement en France uniquement).

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles.

3.1.2. Pendant l'hospitalisation : garde des enfants

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Si vous êtes hospitalisé et que personne ne peut assurer la garde de vos enfants, nous organisons et prenons en charge (sans pouvoir les cumuler) :

- soit l'acheminement d'une personne de confiance, au domicile de l'assuré,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'une personne de confiance,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile de l'assuré, pendant 40 heures maximum dans les 5 jours suivant le début d'hospitalisation avec un minimum de 2 heures consécutives.

En cas de garde des enfants, la personne assurera également leur accompagnement à l'école en fonction de l'âge des enfants. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation.

En cas d'acheminement d'une personne de confiance ou des enfants, nous prenons en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez une personne de confiance par le personnel qualifié.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par année d'assurance. L'hospitalisation doit être prise en charge par ce contrat au titre des garanties frais de santé. Au-delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut vous communiquer les coordonnées de personnel qualifié, le coût de la prestation restant alors à la charge de l'assuré et directement payable auprès du prestataire choisi.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles,
- obtenir l'accord d'AXA Assistance avant d'engager toute dépense.

3.1.3. Pendant l'hospitalisation : garde et transferts des animaux domestiques

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention de « garde-animaux » au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Si vous êtes hospitalisé et que vos animaux domestiques (chiens et chats) ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, nous organisons et prenons en charge dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré (sans pouvoir les cumuler) :

- soit le transfert et la garde des animaux domestiques (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 € par événement et pour l'ensemble des animaux domestiques.
- soit le transfert des animaux domestiques (maximum 2) au domicile d'une personne de confiance.

Cette garantie est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par année d'assurance. L'hospitalisation doit être prise en charge par ce contrat au titre des garanties frais de santé.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :
- contacter AXA assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles,
- obtenir l'accord d'AXA assistance avant d'engager toute dépense.

3.1.4. Après l'hospitalisation : aide-ménagère et garde-malade

Ces garanties sont acquises s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Aide-ménagère

Dès le retour à votre domicile et pendant les 30 jours qui suivent, nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère qui accomplira les tâches quotidiennes que vous ne pouvez pas effectuer du fait de votre état physique.

Cette garantie vous est acquise dans la limite de 40 heures, avec un minimum de 2 heures consécutives par jour. Elle est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Garde-malade

Dès le retour à votre domicile et pendant les 30 jours qui suivent, nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde-malade si votre état le justifie.

Cette garantie vous est acquise dans la limite de 40 heures, avec un minimum de 4 heures consécutives par jour. Elle est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Seules les équipes d'AXA Assistance sont habilitées à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère ou de la garde-malade après bilan médical.

Pour bénéficier de ces prestations, vous devez :
- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles,
- obtenir l'accord d'AXA Assistance avant d'engager toute dépense,
- **formuler votre demande au plus tard dans les 15 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.**

3.2. Soutien scolaire

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles. **Il s'applique aux enfants assurés au contrat.**

Lorsque l'état de santé de votre enfant nécessite, sur prescription médicale, une immobilisation au domicile ou une hospitalisation qui entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs. Ceux-ci dispensent à l'enfant des cours, en France métropolitaine, à votre domicile ou à l'hôpital dans les matières principales, dans la limite de 15 heures par semaine, hors jours fériés et vacances scolaires. La garantie est accordée jusqu'en classe de terminale, au maximum pour 12 semaines par année scolaire et par enfant.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge au titre de votre contrat.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :
- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles,
- obtenir l'accord d'AXA Assistance avant d'engager toute dépense.

3.3. Conseil à l'aménagement d'habitat

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

En cas de perte définitive d'une partie de votre mobilité nous mettons à votre disposition un service de conseil téléphonique sur l'aménagement de l'habitat et nous pouvons vous orienter vers des professionnels pour intervention à votre domicile.

Les frais de déplacement et interventions des professionnels restent à votre charge.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

■ contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles.

3.4. Recherche de prestataires

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

■ **Livraison de courses ou de médicaments et soins de pédicures ou de kinésithérapie.**

En sortie d'hospitalisation, nous vous mettons en relation :

– avec des prestataires assurant la livraison de courses à votre domicile, le portage de médicaments, (sous réserve des disponibilités locales)
– avec des pédicures-podologues et des kinésithérapeutes.

Les frais de déplacements et honoraires de personnel restent à votre charge.

Ces prestations sont limitées aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

– contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles,
– formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

■ **Aide à la recherche de personnel de remplacement**

Vous êtes un travailleur non salarié, en cas de maladie ou d'hospitalisation ne vous permettant pas d'assurer la continuité de votre activité professionnelle, nous vous aidons dans la recherche de personnel de remplacement.

Le coût résultant de la mise en oeuvre de ce service reste à votre charge.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

– contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles.

3.5. Rapatriement sanitaire – Retour des proches

Ces garanties sont acquises s'il est fait mention de « rapatriement » au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Ils sont acquis à plus de 30 km du domicile principal de l'assuré et pour le monde entier.

Ces garanties ne sont pas acquises pour les séjours et voyages supérieurs à 90 (quatre-vingt-dix jours) consécutifs hors France métropolitaine et Monaco.

3.5.1. Rapatriement sanitaire

Cette prestation d'assistance est destinée aux personnes assurées au contrat.

En cas de maladie imprévisible ou d'accident corporel survenant à un assuré du contrat, l'équipe médicale se met, le cas échéant, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités locales. Les frais correspondants ne sont pas remboursés par AXA Assistance.

Si l'équipe médicale décide du transport de l'assuré vers une autre structure médicale mieux équipée ou plus spécialisée ou vers la structure médicale la plus proche du domicile en France métropolitaine, AXA Assistance organise et prend en charge l'évacuation si l'état médical de l'assuré le permet et selon la gravité du cas, par :

- train première classe, couchette ou wagon-lit,
- véhicule sanitaire léger,
- ambulance,
- avion de ligne régulière, classe économique,
- avion sanitaire.

Si le contexte médical l'impose, après rapatriement, AXA Assistance organise et prend en charge le transport médicalisé de l'assuré en état de quitter la structure médicale se trouvant en dehors de son secteur hospitalier jusqu'à son domicile en France métropolitaine, et ce par les moyens les plus appropriés selon la décision de l'équipe médicale.

La décision du transport et des moyens à mettre en oeuvre est prise par les médecins de l'équipe médicale en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable de l'intéressé ou d'un membre de sa famille, exception faite des états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Tout refus de la solution proposée par l'équipe médicale en collaboration avec les différents médecins concertés entraîne l'annulation de cette prestation.

En cas de rapatriement ou de transport, AXA Assistance peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsque AXA Assistance a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'il devra obtenir dans un délai de deux mois.

Néanmoins, le bénéficiaire peut demander à AXA Assistance d'organiser le rapatriement et les frais engagés sont alors supportés par lui.

Seule l'équipe médicale peut accepter ou non le rapatriement.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- faire le nécessaire avant votre départ à l'étranger pour vous munir de la Carte Européenne d'Assurance Maladie ou de tout autre formulaire offrant des garanties similaires. Ces documents sont délivrés par les caisses d'assurance maladie des bénéficiaires,
- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles et obtenir l'accord de l'équipe médicale avant d'engager toute dépense.

3.5.2. Retour des proches

Lorsqu'une personne assurée au contrat est prise en charge par AXA Assistance, dans les conditions définies au chapitre « Rapatriement sanitaire », AXA Assistance organise et prend en charge le retour par train première classe ou avion classe économique d'un ou plusieurs proches accompagnant le rapatrié, même si ces derniers ne sont pas assurés au contrat. Si besoin, AXA assistance organise et prend en charge le retour des animaux domestiques (chiens et chats) accompagnant le rapatrié.

En cas de rapatriement ou de transport, AXA Assistance peut demander aux bénéficiaires de cette prestation d'utiliser leur titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsqu'AXA Assistance a pris en charge le retour, ces bénéficiaires doivent impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'ils devront obtenir dans un délai de deux mois.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- demander le retour des proches à l'occasion des appels à AXA Assistance passés pour organiser le rapatriement sanitaire de la personne assurée au contrat.

3.5.3. Exclusions aux garanties Rapatriement sanitaire et Retour des proches

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE DANS CETTE PRESTATION :

- les frais de restauration,
- les frais de carburant, péage, traversée en bateau,
- les frais de taxis sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable d'AXA Assistance,
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour,
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat,
- les frais de douane sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance,
- les frais relatifs à la perte ou au vol de titres de transport, papiers d'identité, papiers divers et bagages,
- les dommages provoqués intentionnellement par les assurés,
- les accidents liés à la participation à des compétitions sportives et à leurs essais,
- les frais de recherche en mer et en montagne,
- tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

NE DONNENT PAS LIEU À L'INTERVENTION D'AXA ASSISTANCE :

- les affections bénignes traitables sur place,
- toutes interventions et/ ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages, à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance,
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation,
- les contrôles et/ou traitements d'une affection qui ont été programmés avant le départ du domicile sur le lieu du séjour,
- les examens au titre d'un dépistage (prévention, check-up, amniocentèses),
- les interruptions volontaires de grossesse,
- les affections psychiatriques, les syndromes dépressifs et leurs conséquences.

DE PLUS, NE POURRONT DONNER LIEU À L'INTERVENTION D'AXA ASSISTANCE, NI FAIRE L'OBJET D'UNE INDEMNISATION À QUELQUE TITRE QUE CE SOIT TOUTES CONSÉQUENCES

- **de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur),**
- **de l'usage ou de l'absorption de médicaments, de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'assuré,**
- **des tentatives de suicide et leurs complications,**
- **de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'assuré pratique ,**
- **des dommages que l'assuré a causés ou subis lorsque l'assuré pratique les sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe,**
- **de la participation de l'assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur,**
- **du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive,**
- **de la pratique de tout sport à titre professionnel,**
- **d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs,**
- **d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique,**
- **de la guerre civile ou étrangère déclarée ou non,**
- **de la mobilisation générale, participation à des rixes,**
- **de toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités,**
- **de tout acte de sabotage ou de terrorisme,**
- **de tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire,**
- **de toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes,**
- **des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique,**
- **de toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernementale,**
- **de tous les cas de force majeure.**

3.6. Garde de personne dépendante

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Vous êtes aidant d'une personne en état de dépendance totale. Si vous êtes hospitalisé plus de 24 h, que vous ne pouvez en conséquence tenir votre rôle habituel auprès de la personne dépendante que vous avez en charge, nous organisons et prenons en charge :

- soit l'acheminement d'un proche à votre domicile,
- soit l'acheminement de la personne dépendante au domicile d'un proche,
- soit la garde de la personne dépendante par du personnel qualifié à votre domicile, dans la limite de 20 heures maximum avec un minimum de deux heures consécutives par jour. Au-delà de ce plafond de garanties, AXA Assistance peut vous communiquer les coordonnées de personnes qualifiées. **Le coût de la prestation restant alors à votre charge et étant directement payable auprès du prestataire choisi.**

Dans tous les cas notre prise en charge ne peut dépasser en valeur la somme de cinq cents euros TTC (500 €) par utilisation du service.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion classe économique ou en train 1ère classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des personnes dépendantes au domicile d'un proche par du personnel qualifié.

Le choix final des moyens de transport utilisés relève exclusivement de la décision d'AXA Assistance.

En cas d'utilisation du service, le Médecin Conseil d'AXA Assistance peut mettre en oeuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance totale de l'assuré.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles avant d'engager toute dépense,
- si la personne dépendante a plus de 60 ans, faire parvenir à AXA Assistance la photocopie du document attestant de la perception de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) par son parent ou conjoint et sur lequel doit figurer la classification GIR,
- si la personne dépendante a moins de 60 ans, faire parvenir à AXA Assistance la photocopie du document attestant
  - qu'elle est classée par la Sécurité sociale en invalidité de 3ème catégorie,
  - ou qu'elle est bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
  - ou qu'elle est bénéficiaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente de 100 %,
- si la personne dépendante est votre père, mère, fils ou fille, faire parvenir à AXA Assistance un extrait d'acte de naissance permettant de justifier votre lien de filiation,
- si la personne dépendante est votre conjoint, faire parvenir à AXA Assistance un certificat de mariage, de Pacs ou de concubinage permettant de justifier votre lien.

3.7. Assistance juridique : Information juridique par téléphone

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention au poste « Garanties d'Assistance » de vos Conditions personnelles.

Vous bénéficiez, **selon les conditions mentionnées ci-après**, de l'assistance des juristes de JURIDICA (S.A. au capital de 14 627 854, 68 € - 572 079 150 R.C.S. Versailles - 1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi), société autonome et spécialisée dans l'assurance de protection juridique, mandatée à cet effet par nous pour mettre en œuvre cette action.

En prévention d'un litige, pour toute question sur le droit de la santé et notamment sur les relations avec un établissement de santé ou un prestataire de santé, un juriste vous renseigne par téléphone sur vos droits et obligations du lundi au vendredi de 9 h 30 à 19 h, **sauf jours fériés**.

Les questions posées doivent être relatives au droit français ou au droit monégasque. Selon les cas, les juristes peuvent avoir à se documenter et à vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE DANS CETTE PRESTATION :

- **les questions posées dans le cadre d'une activité professionnelle.**

4 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

4.1. Vos cotisations

4.1.1. Paiement de vos cotisations

Vos cotisations sont fixées en fonction d'un certain nombre de paramètres vous concernant : le régime obligatoire d'assurance maladie, l'âge, la formule de garanties choisies, et éventuellement la zone géographique.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels votre contrat est ou sera assujetti, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

Le montant de la cotisation est indiqué sur les Conditions personnelles de votre contrat, puis ultérieurement sur chaque appel de cotisation.

Vos cotisations sont payables d'avance, soit à notre siège social, soit au bureau de votre interlocuteur habituel, sous réserve des dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances.

Elles évoluent à chaque échéance principale en fonction de l'âge des personnes assurées, de l'évolution générale de la consommation médicale et des résultats techniques de la catégorie de contrats couvrant les mêmes risques. Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance. En cas de désaccord sur cette évolution, vous disposez du droit de mettre fin à votre contrat comme indiqué au paragraphe « Fin du contrat ou de l'adhésion ».

4.1.2. Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat, nous pourrons suspendre la garantie après envoi d'une lettre recommandée au souscripteur du présent contrat (si contrat individuel) ou à l'adhérent (si contrat de groupe à adhésion facultative), à son dernier domicile connu. La suspension sera effective 30 jours après l'envoi de cette lettre.

Cette lettre recommandée indiquera qu'elle est envoyée à titre de mise en demeure, rappellera le montant et la date d'échéance de la cotisation ou de la fraction de cotisation.

Nous aurons le droit de résilier le contrat ou l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus par notification faite au souscripteur du présent contrat (si contrat individuel) ou à l'adhérent (si contrat de groupe à adhésion facultative).

4.2. Modifications législatives et réglementaires

Lorsque la loi ou la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements, nous sommes susceptibles de modifier les modalités de votre contrat pour l'adapter à la nouvelle situation. Cette adaptation peut être réalisée en cours de contrat dès l'application de cette nouvelle réglementation si celle-ci le prévoit ou au plus tard à la prochaine échéance principale.

4.3. Ancienneté des personnes au contrat

Sur certaines de nos formules, avec ou sans modules complémentaires, nos garanties augmentent en fonction de l'ancienneté. Le montant de vos garanties tenant compte de cette ancienneté est indiqué dans vos Conditions personnelles.

L'ancienneté est comptée par personne à partir de la souscription ou de l'adhésion à une formule, avec ou sans module complémentaire. À l'ajout d'une personne sur le contrat, cette nouvelle personne n'a pas d'ancienneté.

4.4. Avantage 3ème enfant

L'avantage 3ème enfant est défini comme suit :

- l'âge des enfants est considéré par rapport à l'année civile : un enfant est considéré comme ayant moins de 18 ans s'il n'est pas encore dans l'année civile où il atteindra ses 18 ans,
- si 3 enfants, ou plus, de moins de 18 ans, sont inscrits au contrat, le 3ème enfant et les suivants bénéficient d'une gratuité de leur cotisation (hors options suisse). Cette disposition est revue chaque année en fonction de l'évolution de l'âge des enfants,
- si une option Suisse est souscrite, si 3 enfants, ou plus, de moins de 18 ans sont inscrits au contrat, le 3ème enfant et les suivants bénéficient d'une remise de 50 % sur leur cotisation. Cette disposition est revue chaque année en fonction de l'évolution de l'âge des enfants.

Seuls les enfants d'un adulte inscrit au contrat sont pris en compte pour l'octroi de cet avantage.

4.5. Déclarations fausses, erronées ou omises

Vous devez, à la souscription ou à l'adhésion, répondre exactement aux questions que nous vous posons concernant votre identité, votre date de naissance, votre régime d'assurance maladie obligatoire, votre adresse de résidence principale et votre qualité de résident fiscal français.

Pour les formules Ma Santé 400 % ou pour toute formule ayant une option Suisse, vous devez aussi, à la souscription ou à l'adhésion, répondre exactement aux questions que nous vous posons concernant l'état de santé de chaque assuré.

Pour les formules Ma Santé 200 %, si vous n'êtes pas bénéficiaire d'un contrat labellisé pour les collectivités territoriales, ou si vous n'êtes pas un travailleur non salarié susceptible de bénéficier de la déduction fiscale des cotisations telle que définie dans la loi du 11 février 1994 dite loi Madelin, vous devez à la souscription ou à l'adhésion, répondre exactement aux questions que nous vous posons concernant l'état de santé de chaque assuré.

En cours de contrat, vous avez obligation de nous déclarer toutes les circonstances nouvelles, à l'exception des modifications de l'état de santé des assurés, qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à la souscription ou à l'adhésion de votre contrat.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle permet d'opposer la nullité du contrat (article L. 113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle constatée après sinistre entraîne une réduction proportionnelle d'indemnisation (article L.113-9 du Code des assurances).

4.6. Démarrage du contrat et déclenchement des remboursements

Votre contrat ou votre adhésion prend effet à la date indiquée dans vos Conditions personnelles sous réserve du paiement de la première prime. Il est souscrit pour une durée d'un an renouvelable automatiquement à chaque échéance principale.

Votre échéance principale est indiquée dans vos Conditions personnelles.

4.7. Fin du contrat ou de l'adhésion

4.7.1 À votre initiative

Vous pouvez mettre fin à votre contrat ou à votre adhésion **à la date d'échéance principale** de votre contrat ou de votre adhésion **avec un préavis de deux mois.**

- Modalité : Votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée au moins 2 mois avant la date d'échéance principale.
- Pas de justificatif nécessaire.
- Prise d'effet : Votre résiliation prend effet à la date de votre échéance principale.

Vous pouvez mettre fin à votre contrat ou à votre adhésion, en cas d'une modification de votre situation ayant un effet sur les risques garantis par votre contrat, à savoir :

- **Suite à un changement de régime obligatoire** (Régime général, Sécurité sociale des indépendants, AMEXA, Régime local d'Alsace Moselle) ayant un impact sur votre tarif. Un changement de délégataire du Régime général n'est pas un changement de régime obligatoire. Un changement de caisse du régime obligatoire n'est pas un changement de régime obligatoire.
  - Modalité : Votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée en précisant le motif.
  - Justificatif : Attestation du nouveau régime obligatoire.
  - Prise d'effet : Un mois après la réception de votre lettre recommandée ou de votre justificatif si celui-ci nous parvient après la lettre recommandée.
- **Si vous devenez bénéficiaire de la CMU-c** (Couverture Maladie Universelle Complémentaire). Ce motif n'est pas utilisable si vous étiez déjà bénéficiaire à la souscription ou à l'adhésion.
  - Modalité : Votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée.
  - Justificatif : Attestation CMU-c.
  - Prise d'effet : A la date de prise d'effet de couverture par la CMU-c (sauf en cas de sinistre présenté après cette date).
- **Si vous devenez bénéficiaire de l'ACS** (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé). Ce motif n'est pas utilisable si vous étiez déjà bénéficiaire de l'ACS à la souscription ou à l'adhésion.
  - Modalité : Votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée en précisant le motif.
  - Justificatif : Attestation de souscription d'un contrat habilité à recevoir l'aide.
  - Prise d'effet : le premier jour du deuxième mois suivant la présentation par l'assuré d'une attestation de souscription d'un contrat habilité à recevoir de l'aide.
- **Si vous déménagez à l'étranger** et que vous n'êtes plus résident fiscal français ou vous n'êtes plus couvert par un régime obligatoire français d'assurance maladie.
  - Modalité : Votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée en précisant le motif.
  - Justificatif : Attestation sur l'honneur de déménagement à l'étranger.
  - Prise d'effet : Un mois après la réception de votre lettre recommandée ou de votre justificatif si celui-ci nous parvient après la lettre recommandée.

Nous acceptons votre résiliation **si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire** souscrit par votre employeur.

- Modalité : Votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée en précisant le motif.
- Justificatif : Attestation de l'employeur de l'adhésion à un contrat collectif.
- Prise d'effet : Un mois après la réception de votre lettre recommandée.

Vous pouvez mettre fin à votre contrat ou à votre adhésion **en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur** sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire.

- Modalité : Votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée en précisant le motif dans les 30 jours qui suivent l'envoi de l'avis d'échéance ou du courrier vous informant de la hausse.
- Justificatif : Pas de justificatif.
- Prise d'effet : À la date d'échéance principale du contrat, si la lettre a été reçue avant cette échéance, au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste du courrier recommandée sinon.

4.7.2 À notre initiative

Nous pouvons mettre fin à votre contrat dans les cas suivants :

- si vous ne réglez pas vos cotisations, 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure,
- en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de votre part entraînant une nullité du contrat,
- si vous ne remplissez plus les conditions d'admission à la souscription ou à l'adhésion.

4.7.3 En cas de décès

Le contrat ou l'adhésion cesse en cas de décès du souscripteur ou de l'adhérent.

4.8. Modification du contrat ou de l'adhésion à votre demande

Vous pouvez demander le retrait d'un assuré à l'échéance principale de votre contrat ou de votre adhésion et à tout moment en cas de décès ou d'adhésion de l'assuré à un contrat collectif obligatoire de son employeur. En cas de décès, le retrait sera effectif à la date du décès. En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, le retrait sera effectif à la date de la demande ou à une date postérieure de votre choix.

Tant que nous commercialisons à de nouveaux clients des contrats du même type que le vôtre, vous pouvez demander à tout moment l'ajout d'un assuré. L'ajout se fera au tarif en vigueur.

Tant que nous commercialisons à de nouveaux clients des contrats du même type que le vôtre, vous pouvez demander une modification de garanties selon les conditions suivantes.
Un changement de garantie à la hausse est soit un ajout de module dans la même formule soit un changement de formule vers une formule supérieure (quels que soient les ajouts ou retraits de modules réalisés simultanément). Un changement de garantie à la hausse ne peut se faire

- qu'à l'échéance principale avec une ancienneté d'au moins 1 ans dans le niveau précédent.
- et uniquement d'un niveau, le niveau étant défini par la formule sans module.

Un changement de garantie à la baisse est soit un retrait de module dans la même formule soit un changement de formule vers une formule inférieure (quels que soient les ajouts ou retraits de modules réalisés simultanément). Un changement de garantie à la baisse ne peut se faire qu'à l'échéance principale

- sauf événement de vie impactant le budget familial : perte d'emploi, surendettement, changement d'emploi, divorce, séparation, décès d'un assuré ;
- ou à l'occasion de l'ajout d'un assuré.

4.9. Arbitrage

Toute contestation d'ordre médical survenant entre votre médecin et le nôtre sera soumise à l'arbitrage d'un médecin-expert désigné d'un commun accord par les deux premiers.

Si un accord n'intervient pas, un deuxième médecin-expert sera nommé par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

Les honoraires et frais des médecins-experts seront partagés par moitié entre vous et nous.

4.10. Subrogation

Nous pouvons nous substituer à vous, dans vos droits et actions, contre le responsable du sinistre à concurrence des remboursements de frais médicaux que nous vous avons versé à vous ou en tiers-payant pour vous.

4.11. Contrat responsable

Les contrats Ma Santé sont « responsables » au sens des articles L.871-1, R.871-1 et l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale à l'exception de la formule Ma Santé Hospi, avec ou sans module, et de la formule Ma Santé 400 %.

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

4.12. Labellisation pour les agents territoriaux

4.12.1. Formules labellisées

Si vous êtes agent d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public dépendant d'une collectivité territoriale, les formules Ma Santé Eco, Ma Santé 100 %, Ma Santé 125 %, Ma Santé 150 %, Ma Santé 200 % avec ou sans modules complémentaires sont labellisées conformément au décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

4.12.2. Majoration des cotisations pour souscription tardive

Conformément à l'article 28 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, lorsque l'agent territorial n'a pas souscrit de contrat labellisé pendant une durée déterminée et n'a donc pas participé à la solidarité inhérente aux contrats labellisés, la cotisation est majorée d'un coefficient défini comme suit par les pouvoirs publics.

La majoration est égale à 2 % par année pour toute année non cotisée à un contrat labellisé. Les années non cotisées sont comptabilisées :

- à partir de l'âge de 30 ans,
- à partir de la date la plus récente entre le 8 novembre 2013 (date de publication du décret plus deux ans) et la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique augmentée de deux ans,
- le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence.

4.12.3. Perte du label

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'assureur informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation (prévue à l'article 28 du décret du 8 novembre 2011). Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation.

Lorsque l'assureur reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée aux agents territoriaux intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

4.13. Prescription - Période au-delà de laquelle aucune demande n'est plus recevable

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurance, 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.

4.14. 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 :

- Pour la garantie assistance juridique par téléphone au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante : AXA Protection Juridique – Service Réclamation – 1, place Victorien Sardou – 78166 Marly le Roi Cedex.
- Pour les garanties Assistance au Service Gestion Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante : AXA Assistance – Service Gestion Relation Clientèle – 6, rue André Gide – 92320 Châtillon.
- Pour toutes les autres garanties à la Direction Relations 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 mail : sur le site www.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.

4.15. Délai de renonciation en cas de vente à domicile ou à distance

4.15.1. Fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L.112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L.112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Le souscripteur, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions personnelles, soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L.121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

Le souscripteur est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, présenté ci-dessous, dument complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante AXA, 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre cedex.

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L.112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions personnelles], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [À COMPLETER] Signature [Souscripteur] »

À cet égard, le souscripteur est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante :

(montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions personnelles du contrat) x nombre de jours garantis/365.

4.15.2. Souscription par voie de démarchage

Le souscripteur, personne physique, qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, est informé qu'il dispose de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

À cet égard, le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, présenté ci-dessous, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante AXA,313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre cedex.

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L.112-9 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions personnelles], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [À COMPLÉTER] Signature [Souscripteur] »

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

4.16. Démarchage téléphonique

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL.

Pour plus d'informations, consultez le site bloctel.gouv.fr

4.17 Dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui vous sont relatifs ainsi que ceux concernant les assurés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré.

Vous vous engagez par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par vos soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, nous réaliserons une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

4.18 Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent contrat sera sans effet et l'assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat exposerait ce dernier (l'assureur) aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les États-Unis d'Amérique.

5 - CONVENTION D'UTILISATION DES SERVICES NUMÉRIQUES

Cette convention définit les conditions d'utilisation des Services numériques rendus lors de la souscription ou de l'exécution de votre contrat.

Elle s'applique en cas de choix (I) d'une souscription électronique, qui entraîne simultanément le choix d'une relation électronique, ou (II) d'une relation électronique intervenant ultérieurement à la souscription de votre contrat.

Si vous êtes en désaccord avec l'une quelconque de ses stipulations, nous vous invitons à ne pas signer électroniquement votre contrat, à ne pas entrer dans une relation électronique avec nous et à souscrire votre contrat ou à échanger avec nous sous format papier.

Ce choix de souscription électronique ou d'une relation électronique se fait contrat par contrat. **Cette convention ne vous engage que pour les contrats sur lesquels vous avez exprimé ce choix**.

Cette convention d'utilisation des Services numériques a pour objet de porter à votre connaissance le processus de souscription électronique ainsi que les modalités de mise en oeuvre d'une relation électronique.

5.1. Article 1 - Définitions

Pour les besoins de la présente convention, les termes ou expressions commençant par une majuscule auront la signification suivante dans ce chapitre :

- **Documents réglementaires** : désigne tout document que nous vous remettons et dont la délivrance à l'assuré est rendue obligatoire par les lois ou règlements en vigueur.
- **Écran de consultation** : désigne l'écran de la tablette tactile ou de l'ordinateur utilisé par vous notamment lors d'une souscription en ligne, ou par votre conseiller pour vous permettre (I) de lire les documents électroniques, (II) de vérifier et valider les informations saisies et (III) de signer électroniquement vos documents.
- **Services numériques** : désigne l'ensemble des Services numériques susceptibles d'être mis à votre disposition. Les Services numériques incluent notamment la signature électronique et le Service E-Document. Nous nous engageons à délivrer les Services numériques conformément aux termes de la présente Convention au titre d'une obligation de moyens.
- **Espace client** : désigne l'espace sécurisé du Site internet, auquel vous pouvez accéder par la saisie de votre Identifiant et de votre Mot de passe. Il contient les renseignements et les documents relatifs à votre souscription électronique (dont votre contrat signé électroniquement), ainsi que certains documents de gestion de votre contrat si ceux-ci ont été dématérialisés. Toute opération effectuée depuis votre Espace client sera réputée être réalisée par vous.
- **Identifiant** : désigne un numéro d'identification que nous vous aurons communiqué.
- **Mot de passe** : désigne votre code secret d'accès à votre Espace client.
- **Nous** : pour les besoins de la présente convention d'utilisation des Services numériques, désigne l'assureur ou son délégataire de gestion.
- **Service E-Document** : désigne un service qui vous permet de recevoir de façon électronique au sein de votre Espace client tout document y compris les Documents réglementaires sous réserve que lesdits documents soient dématérialisés.
- **Site internet** : désigne le site internet axa.fr ou tout autre site d'un de nos délégataires de gestion.
- **Signature électronique** : désigne « l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache » conformément au Code civil.
- **Téléchargement** : désigne le fait de télécharger un document sur votre ordinateur ou sur tout support de votre choix à partir d'un de nos Sites internet.
- **Télétransmission** : désigne le fait de transmettre électroniquement un document à partir de votre ordinateur ou tout équipement vous appartenant vers un de nos Sites internet.
- **Tiers de confiance** : désigne tout prestataire avec lequel nous travaillons délivrant des services dématérialisés tels que la signature électronique ou l'envoi de lettres recommandées électroniques.

5.2. Article 2 - Acceptation de la relation électronique

A.2.1. Choix d'une souscription électronique

Le choix d'une souscription électronique peut vous être proposé
- par un conseiller en relation avec vous de façon directe ou téléphonique,
- lors d'une souscription en ligne sur Internet.

En choisissant de souscrire avec signature électronique, vous acceptez de recourir à la voie électronique pour la conclusion et l'exécution de votre contrat, conformément à l'article 1126 du Code civil et à l'article L.100 du Code des postes et des communications électroniques.

A.2.2. Choix de la relation électronique

Si vous n'avez pas souscrit avec signature électronique le choix d'une relation électronique vous est proposé à tout moment au travers de l'Espace client ou sur demande auprès de votre conseiller.

A.2.3. Retour à une relation par échanges papier

Vous pouvez à tout moment changer d'avis et revenir à des échanges sur support papier, soit via l'Espace client ou sur demande auprès votre conseiller. Dans une telle hypothèse, et à compter de la prise en compte de votre demande, nous vous adresserons sur support papier l'ensemble des documents et informations édités postérieurement à la prise en compte de cette demande.

Nous pouvons également à tout moment mettre un terme à la totalité ou à certains Services numériques (et revenir ainsi à des échanges papier), ou en modifier le contenu sous réserve de vous en informer. Le retour à une relation par échanges papier n'aura d'incidence que pour l'avenir et ne remettra pas en cause la force probante des documents électroniques avant la date d'effet de la demande de retour à des échanges papier.

5.3. Article 3 - Vos engagements

A.3.1. Pour utiliser les Services numériques,

et outre les besoins du contrat d'assurance, vous devez fournir de façon exacte les informations suivantes : votre nom, prénom, adresse postale, numéro de mobile et adresse e-mail.

A.3.2. Pour vous connecter à votre Espace client,

vous devez utiliser l'Identifiant qui vous a été fourni et votre Mot de passe. Il vous appartient d'assurer la confidentialité de ces informations et de vous assurer de la sécurité de votre compte. Pour ce faire, vous devez garder ces renseignements strictement confidentiels, vous déconnecter après chaque session et modifier votre Mot de passe régulièrement.

A.3.3. Le numéro de mobile et l'adresse e-mail

que vous renseignez doivent correspondre à un téléphone mobile et à une messagerie électronique vous appartenant, que vous seul pouvez utiliser et que vous consultez régulièrement. Ces renseignements nous servent à vous identifier, à sécuriser vos transactions, à vous communiquer des informations, à recevoir des notifications liées à votre contrat d'assurance et à vous permettre de signer électroniquement des documents.

Par ailleurs, en acceptant la relation électronique, vous acceptez expressément de recevoir des lettres recommandées électroniques. L'adresse e-mail que vous avez déclarée pourra être utilisée pour l'envoi de lettres recommandées électroniques.

Ainsi, vous vous engagez :
- en cas de changement de numéro de mobile ou d'adresse e-mail, à nous en informer au plus vite en modifiant vos coordonnées personnelles à partir de votre Espace client ou en vous rapprochant de votre conseiller,
- à consulter régulièrement la boîte de messagerie correspondant votre adresse e-mail,
- à configurer votre messagerie électronique de façon à ce que les e-mails que nous vous adressons ou qui vous sont adressés par le(s) Tiers de confiance ne puissent pas être considérés comme des e-mails indésirables (SPAM),

- à vérifier régulièrement vos e-mails indésirables afin de vous assurer que des e-mails liés à la gestion et à l'exécution de votre contrat n'y figurent pas et s'ils y figurent à en prendre connaissance.

5.4. Article 4 - Processus de souscription électronique

Vous pouvez souscrire votre contrat électroniquement :
- soit dans le cadre d'une souscription auprès de votre conseiller,
- soit dans le cadre d'une souscription en ligne sur Internet.

A.4.1. Étape 1 : Renseignements des informations vous concernant

Aux fins de nous permettre de vous proposer le contrat et les options les plus adaptées, vous devez renseigner un certain nombre d'informations.

A.4.1.1. Si vous souscrivez votre contrat auprès de votre conseiller

Vos réponses sont recueillies préalablement à toute souscription. Lorsqu'une date et heure sont indiquées en bas d'un document (tel que le questionnaire de déclaration de risque), par la signature électronique de ce document, vous reconnaissez que ce document a été bien été établi à la date et heure indiquée.

A.4.1.2. Si vous souscrivez votre contrat en ligne sur Internet

Vous renseignerez ces informations vous-même. À tout moment vous pourrez retourner sur l'écran précédent afin de corriger une information inexacte.

A.4.2. Étape 2 : Présentation des documents

Les documents vous sont alors présentés soit sous format papier, soit sur un support électronique. Il s'agit :
- de la fiche d'information et de conseil précontractuel, si vous souscrivez votre contrat auprès d'un agent général ;
- du questionnaire de déclaration de risque, le cas échéant ;
- des conditions générales et conditions particulières du contrat d'assurance.

Dans tous les cas, ces documents seront mis en ligne sur votre Espace client, ils seront téléchargeables et imprimables et vous serez informé de cette mise en ligne par e-mail à l'adresse préalablement déclarée.

A.4.3. Étape 3 : Validation de la souscription et fourniture éventuelle des pièces justificatives

Les documents sont affichés sur l'Écran de consultation. Vous devrez alors relire l'ensemble des documents afin de vous assurer que les informations saisies sont exactes. Si elles sont erronées, il vous suffit de l'indiquer à votre conseiller qui procédera aux corrections demandées, ou en cas de souscription en ligne de revenir aux écrans précédents pour les modifier. Ce n'est que si les informations sont exactes et que vous êtes d'accord avec les conditions proposées que vous devez souscrire le contrat.

Pour ce faire, il vous sera demandé, préalablement au paiement de la prime, de fournir certains documents justificatifs. Ces documents pourront soit être fournis sur support papier à votre conseiller, soit directement télétransmis sur le Site internet en cas de souscription en ligne.

A.4.4. Étape 4 : Signature électronique du contrat d'assurance

Dès lors que vous avez choisi de souscrire électroniquement votre contrat d'assurance, vous allez signer électroniquement vos documents. L'ensemble des documents vous seront présentés pour signature et remis dans votre Espace client selon le processus décrit à l'article 5 « Signature électronique de documents ». La signature électronique vous engage au même titre qu'une signature manuscrite.

5.5. Article 5 - Signature électronique de documents

La Signature électronique peut intervenir soit à la souscription du contrat pour signer les documents contractuels, soit en cours de vie du contrat pour signer d'autres documents.

A.5.1. Vérification des documents et signature par voie électronique

Pour signer électroniquement vos documents, vous pouvez, dans certains cas, être redirigés vers le site du Tiers de confiance. En tout état de cause, à ce stade, les documents qui vous sont présentés pour signature ne sont plus modifiables.

Vous devez lire ces documents et vous assurer qu'ils correspondent bien aux informations fournies et à celles qui vous ont été présentées.

Pour donner votre consentement définitif, vous devez cliquer sur le bouton « signer ». Un sms contenant un code vous est alors automatiquement adressé sur le numéro de téléphone portable que vous avez déclaré préalablement. Ce code est généré automatiquement par le Tiers de confiance. Pour des raisons de sécurité, il s'agit d'un code à usage unique dont la durée de validité ne dépasse pas sept (7) jours. Pour rendre effective votre Signature électronique du document, vous devez saisir le code reçu dans le champ correspondant.

Vous reconnaissez que la saisie du code reçu dans le champ correspondant et le fait de cliquer sur le bouton « Signer » correspond à votre signature électronique et vous engage définitivement. Dans ce cadre, cet acte positif de votre part manifeste votre consentement au contenu du document et confère à l'écrit signé électroniquement la même valeur juridique qu'un document sur lequel est apposée une signature manuscrite et ce, conformément aux articles 1366 et 1367 du Code civil.

L'heure et la date de votre signature sont apposées automatiquement par le Tiers de confiance, au moyen d'un procédé d'horodatage. Pour des raisons techniques, lorsqu'il y a plusieurs documents, ils peuvent être signés en même temps, ce qui ne signifie pas que lesdits documents ont été renseignés en même temps.

A.5.2. Remise de vos documents originaux signés

Dès que vos documents sont signés électroniquement, ils sont automatiquement mis à votre disposition sur votre Espace client et un e-mail vous est adressé afin de (I) vous confirmer la mise en ligne des documents et (II) vous indiquer comment y accéder. Cette mise à disposition des documents électroniques signés, sur votre espace client vaut remise de votre exemplaire original au sens de l'article 1375 du Code civil et accusé de réception au sens de l'article 1127-4 du Code civil.

Ces documents sont téléchargeables et imprimables. Ils resteront accessibles en ligne pendant la durée de votre contrat d'assurance. Nous vous recommandons de télécharger ou d'imprimer ces documents afin de disposer d'un exemplaire facilement accessible.

5.6. Article 6 - Relation électronique

Vous avez choisi la relation électronique (I) en signant électroniquement votre contrat ou (II) en choisissant ultérieurement ce mode de relation.

Par ce choix vous acceptez de recevoir par voie électronique toute information susceptible de vous être adressée dans le cadre de l'exécution du contrat et, le cas échéant, les lettres recommandées électroniques à l'adresse e-mail que vous nous avez déclarée.

Cette relation électronique concerne les actes et éditions que nous avons déjà dématérialisés. Certains actes ou éditions peuvent perdurer sous forme papier.

Nous faisons évoluer régulièrement notre offre de Service E-document. En choisissant la relation électronique, vous acceptez que la liste des documents et informations adressés par voie électronique puisse évoluer. Toute évolution des informations et documents susceptibles de vous être adressés de façon électronique vous sera notifiée par email à l'adresse que vous nous avez communiquée.

Les documents électroniques sont mis à votre disposition sur l'Espace client dans le cadre de notre Service E-Documents. Dès leur mise en ligne, un email vous est adressé afin de vous informer que les documents sont disponibles sur l'Espace client.

Les Documents réglementaires mis à disposition par le Service E-document sont imprimables et téléchargeables au format PdF ce qui confère au support ainsi communiqué un caractère intègre et durable. Vous vous engagez soit à imprimer lesdits Documents réglementaires et à les conserver ; soit à télécharger lesdits documents et à procéder à leur enregistrement.

Ces Documents réglementaires seront accessibles en ligne pendant un délai minimum de 2 ans à compter de la date de leur première mise en ligne.

5.7. Article 7 - Moyens de preuve

Vous reconnaissez :

- que le fait de recevoir un courrier électronique à votre adresse e-mail déclarée, indiquant la mise à disposition des documents contractuels signés électroniquement ou de Documents réglementaires sur votre Espace client vaut remise desdits documents.
- que le fait que les documents soient téléchargeables au format PdF et imprimables confère au support ainsi communiqué les caractères d'intégrité et de durabilité exigés par la loi.
- que l'identification issue de la déclaration de votre identité ainsi que de votre numéro de mobile vaut identification au sens de l'article 1366 du Code civil.
- qu'en cas de litige les données que vous avez transmises, les certificats et signatures électroniques utilisés dans le cadre des Services numériques sont admissibles devant les tribunaux et feront preuve des données et des faits qu'ils contiennent ainsi que des signatures et procédés d'authentification qu'ils expriment.
- qu'en cas de litige, les jetons d'horodatage sont admissibles devant les tribunaux et font preuve des données et des faits qu'ils contiennent. La preuve des connexions et d'autres éléments d'identification ou actions réalisées par vous sera établie en tant que de besoin à l'appui des journaux de connexions tenus par nous et des traces informatiques conservées à cet effet.

En cas de signature électronique, vous reconnaissez expressément que le fait de cliquer sur le bouton « SIGNER » et la saisie du code transmis sur votre mobile :

- manifestent votre consentement au contenu du document,
- confèrent à l'écrit signé conformément aux articles 1366 et 1367 du Code civil la même valeur juridique qu'un document écrit et signé manuscritement.

5.8. Article 8 - Archivage des documents

Nous conserverons les documents électroniques pendant toute la durée légale de conservation. Ainsi, vous pouvez durant cette période, nous demander de vous adresser ces documents sous format électronique en vous rapprochant de votre conseiller ou nos services.

En cas de résiliation du contrat d'assurance signé électroniquement ou pour lequel une relation électronique aurait été demandée, nous vous informerons d'un délai pendant lequel vous devrez télécharger l'ensemble des documents de l'Espace client aux fins de conservation par vos soins.

5.9. Article 9 - Données à caractère personnel

En complément des informations relatives aux traitements de données à caractère personnel que nous réalisons, vous êtes informés que dans le cadre des Services numériques, vos données à caractère personnel pourront être transmises aux Tiers de confiance aux fins de réaliser les Services numériques (par exemple : signature électronique, envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, archivage électronique…).

6 - LEXIQUE

Les termes présents dans le lexique sont soulignés dans le texte du document.

Adhérent

Lorsque l'assurance est acquise par un contrat de groupe à adhésion facultative souscrit par l'association ANPERE, l'adhérent est la personne qui adhère à l'association.

Aidant

Au titre de ce contrat l'aidant est l'assuré qui assiste son père, sa mère, son fils, sa fille ou son conjoint dépendant.

Ambulatoire

Tout séjour dans un établissement hospitalier privé ou public donnant lieu à une admission, un traitement (y compris chirurgical) et une sortie le même jour, nécessité par un accident ou une maladie ; les consultations externes sont exclues.

AMEXA

Assurance Maladie des Exploitants Agricoles

Animaux domestiques

Désigne le chien et/ou chat qui appartient à l'Assuré et qui vit habituellement à son Domicile, à l'exclusion de toute autre espèce, à condition qu'il soit à jour de vaccination conformément à la législation française, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 6 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

Année d'assurance

Une année d'assurance commence à la souscription ou au renouvellement de votre contrat et dure jusqu'à l'échéance principale de votre contrat éloignée d'au moins 11 mois.

Association

Il s'agit de l'association qui souscrit le contrat de groupe à adhésion facultative définie sur votre certificat d'adhésion.

Assuré

Personne inscrite aux Conditions personnelles comme pouvant bénéficier des prestations du contrat.

Atteinte corporelle

Accident corporel ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'Assuré ou d'engendrer à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

Par accident corporel on entend toute Atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré. Par maladie on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par l'Autorité médicale.

Autorité médicale

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

Base de Remboursement (BR)

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.

Conditions personnelles

Elles précisent l'identité des personnes assurées, la formule et les garanties choisies. Pour le contrat individuel, il s'agit des conditions particulières. Pour le contrat de groupe à adhésion facultative, il s'agit du certificat d'adhésion.

Consommateur

Toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

Contrat d'accès aux soins (CAS)

Le Contrat d'accès aux soins est un contrat proposé par les pouvoirs publics aux médecins autorisés à faire des dépassements d'honoraires. En échange d'avantages sociaux et de meilleures bases de remboursement, le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraire.

Court séjour

Le court séjour inclut les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.

Cure thermale

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.

Délai d'attente

Période pendant laquelle nous ne prenons pas en charge les soins pratiqués. Elle débute à partir de la date d'effet des garanties.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé est un contrat proposé par la Sécurité sociale aux médecins leur proposant de limiter leurs dépassements d'honoraire en contrepartie d'un certain nombre d'avantage.

Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) sont deux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré. Il est situé en France.

Échéance intermédiaire

L'échéance intermédiaire est le moment de perception de la fraction de la cotisation annuelle pour des contrats ayant un fractionnement Mensuel, Trimestriel, Semestriel.

Échéance principale

L'échéance principale est la date définie dans les Conditions personnelles à laquelle le contrat se renouvelle par tacite reconduction s'il n'a pas été résilié selon les conditions définies dans les présentes Conditions générales.

Equipe médicale

Structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.

Établissement de santé

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

État de dépendance totale

Est considérée comme étant en état de dépendance totale au titre de ce contrat,

- une personne ayant été reconnue comme dépendante totale au titre d'un contrat AXA Entour'Age ou au titre d'un contrat AGIPI Egard,

ou

- une personne de plus de 60 ans ayant un niveau de dépendance GIR1 ou GIR2, selon la grille AGGIR,

ou

- une personne de moins de 60 ans :
  - classée par la Sécurité sociale en invalidité de 3ème catégorie,
  - ou bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
  - ou bénéficiaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente de 100 %,

Étranger

Tout pays en dehors du pays du Domicile de l'Assuré.

Force majeure

Evénement imprévisible et irrésistible qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

Forfait Journalier Hospitalier

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 du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1er janvier 2014, son montant est de 18 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 13,50 € 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 l'assurance maladie complémentaire. 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…).

Forfait de surveillance médicale (d'une cure thermale)

Le forfait de surveillance médicale correspond à votre surveillance médicale par le médecin du centre pour l'ensemble des actes médicaux accomplis pendant la durée normale de votre cure. Ces frais se rapportent directement à l'affection qui a provoqué la cure thermale.

S'y ajoutent, éventuellement, des pratiques médicales et complémentaires si ces soins sont inscrits sur la liste des pratiques médicales remboursables et effectuées dans les stations thermales répertoriées dans cette liste.

Forfait thermal

Le forfait thermal correspond aux soins et traitements de la cure elle-même.

Frais de séjour

Au chapitre 2 :

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.

Au chapitre 3 :

Frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi nécessaires à la mise en oeuvre des prestations qu'AXA Assistance organise et prend en charge au titre du présent Contrat. Toute solution de logement provisoire qu'AXA Assistance n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

Frais pré et post opératoires

Les frais pré et post opératoires sont les frais de médecine (consultations, examens médicaux, auxiliaires médicaux) et de pharmacie qui précédent ou suivent une opération chirurgicale et qui ont un rapport directe avec celle-ci. Dans le cadre de notre formule Ma Santé Hospi, ces frais sont pris en charge lorsqu'ils correspondent à des soins prodigués dans les 30 jours qui précèdent ou qui suivent l'intervention chirurgicale. Dans les autres formules, ces soins et médicaments sont pris en compte dans le cadre des garanties médecine et pharmacie du contrat telles que décrites dans les Conditions particulières ou Certificat d'Adhésion.

France

Pour les garanties d'assistance du Chapitre 3 : France métropolitaine y compris la Corse.

Franchise

Chapitre 2 :

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 et de l'Aide Médicale de l'État,…

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

Chapitre 3 :

Part des dommages qui restent à la charge de l'assuré.

Groupes GIR (Groupes Iso Ressources)

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) est un outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques en cas de dépendance.

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou en fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes :
  - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
  - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices.
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- Le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage.
- Le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Hospitalisation

Pour les garanties d'assistance du chapitre 3 : séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical lié à une maladie ou un accident corporel.

IMC

Indice de Masse Corporelle de l'Organisation Mondiale de la Santé.

IMC = Masse/Taille^2. La masse étant exprimée en Kg et la taille en mètre.

Implantologie dentaire (Implants)

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.

LAMal

Loi fédérale suisse du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie.

Long séjour

Le long séjour inclut les soins comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Les Unités de Soins de Longue Durée

accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Médecine douce

Au titre de ce contrat la médecine douce s'entend comme une prestation d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur ou de pédicure-Podologue.

Membre de la famille

Le conjoint de droit ou de fait ou toute personne qui est liée à l'assuré par un Pacs, ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint, ses frères et sœurs.

Ils doivent être domiciliés dans le même pays que l'assuré.

Moyen séjour (Soins de suite ou de réadaptation (SRR))

Le moyen séjour inclut les soins nécessaires à votre rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Orthèse

À la différence de la prothèse qui supplée ou remplace, l'orthèse soutient la partie déficiente du corps (attelle, corset, gouttière, plâtre, etc.).

Participation forfaitaire d'un euro

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

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse ;
- 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 euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Personne de confiance

Personne que vous désignez. Cette personne doit être domiciliée en France.

Personne dépendante

Personne physique qui se trouve dans l'impossibilité médicalement constatée d'effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie quotidienne : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter et à qui il aura été médicalement prescrit l'assistance constante d'un tiers ou l'hospitalisation en centre de long séjour ou l'hébergement en section de cure médicale.

Praticien conventionné, praticien non conventionné

Les pouvoirs publics et les autorités régissant la politique de soins passent des conventions avec les instances représentatives des professionnels de santé. Ces conventions visent à permettre ou faciliter le remboursement des soins par les Assurances Maladies Obligatoires ou Complémentaires en contrepartie d'un encadrement des pratiques et des tarifs.

Les praticiens sont ensuite libre d'adhérer ou non à la convention de leur profession.

En pratique, les tarifs des praticiens conventionnés sont habituellement plus bas que les tarifs des praticiens non conventionnés.

Prise en charge hospitalière

Une prise en charge hospitalière est un document que nous délivrons pour vous éviter l'avance d'argent à certains établissements hospitaliers publics ou privés.

Proche

Au titre de ce contrat, pour la prestation « Retour des proches », est considéré proche d'un assuré au contrat : son conjoint ou concubin notoire, ses ascendants au premier degré vivant sous le même toit, ses descendants au premier degré à charge au sens fiscal du terme ou vivant sous le même toit, voyageant ensemble.

Réduction mammaire importante

Au titre de ce contrat, une réduction mammaire importante est une réduction mammaire telle que définie dans l'acte QEMA013 de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Régime obligatoire

Le régime obligatoire désigne un régime de prévoyance auquel l'assuré est automatiquement soumis et qui est déterminé selon son statut professionnel.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur ;
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

L'assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste), de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2) et de son adhésion ou non au Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

- Le médecin conventionné de secteur 1 n'ayant pas adhéré au CAS applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.
- Le médecin conventionné de secteur 1 ou 2 ayant adhéré au CAS pratique des honoraires libres dans des limites fixées contractuellement avec la Sécurité sociale.
- Le médecin conventionné de secteur 2 n'ayant pas adhéré au CAS pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».

Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent « donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer ».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), de l'aide médicale d'État (AME) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Structure médicale

Structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par l'équipe médicale d'AXA Assistance.

SwissDRG

Tarif conventionnel suisse utilisé pour la tarification des actes réalisés dans le cadre d'une hospitalisation de plus d'une nuit.

Tarif d'autorité (TA) : cf. Base de Remboursement

Tarif de convention (TC) : cf. Base de Remboursement

Tarif de responsabilité (TR) : cf. Base de Remboursement

TARMED

Tarif Médical conventionnel suisse servant à la tarification des prestations ambulatoires tant dans les cabinets médicaux que dans les hôpitaux.

Télétransmission

La télétransmission est l'envoi informatisé des feuilles de soins et des décomptes de santé entre les partenaires de Santé. Cela peut-être :

- la télétransmission du prestataire de santé (médecin, pharmacien, laboratoire, etc.) vers l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire,
- la télétransmission entre l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire et l'organisme gestionnaire de votre complémentaire santé. Dans ce cas votre décompte de Sécurité sociale intègre la mention « le double est transmis à votre organisme complémentaire ».

Ticket Modérateur (TM)

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 traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)…

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Titre de transport

Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'assuré de justifier du paiement du transport.

Verres complexes

Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs n'étant pas des verres très complexes.

Verres très complexes (pour les équipements adultes uniquement)

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.

Verres simples

Verres 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

Vous

Aux chapitres 1, 4 et 5, le souscripteur du contrat ou l'adhérent à l'association.

Aux chapitres 2 et 3, toutes les personnes assurées qui sont précisées aux Conditions personnelles.

CONSEILS D'UTILISATION

Sans négliger sa santé, il est possible de limiter certains postes de dépenses en adoptant de nouveaux réflexes :

- Ne pas communiquer vos taux de remboursement aux professionnels de santé.
- Privilégier les médecins de secteur 1.
- Privilégier si possible le recours aux professionnels partenaires (opticiens, chirurgiens dentistes, audioprothésistes). Nous avons négocié auprès d'eux des tarifs préférentiels. Dans la plupart des cas vous êtes mieux remboursé.
- Lorsque le recours à un professionnel partenaire n'est pas possible, effectuer plusieurs devis : pour une même prestation, les différences de prix sont parfois importantes ; nos services peuvent analyser ces devis et vous conseiller.
- Avant une hospitalisation, il est recommandé de demander un devis préalable à l'établissement de santé et de nous l'adresser. Nos services analyseront ce devis et vous feront un retour.
- Avant d'engager les soins, il est recommandé de recourir au simulateur de remboursement disponible sur le site internet axa.fr qui vous donnera pour certains cas une indication sur les montants pris en charge.
- Ces précautions permettent de lutter efficacement contre les dépassements d'honoraires et ainsi de limiter les dépenses restant à la charge de la communauté des assurés. Dans un système solidaire, les abus et gaspillages pénalisent l'ensemble des assurés.

Votre interlocuteur AXA

AXA vous répond sur :

Je choisis une assurance **citoyenne**

Cette offre appartient à la gamme « Assurance citoyenne ». Par cette démarche, AXA s'engage à plus de confiance, plus de prévention, plus de solidarité, plus d'engagement pour l'environnement, en proposant des produits d'assurance qui répondent à vos besoins mais aussi à ceux de la société dans son ensemble. Pour en savoir plus sur les atouts citoyens de cette offre, rendez-vous sur **axa.fr**

Réf. 964364A 07 2018 - SGI -

AXA France Vie. S.A. au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S Nanterre • **AXA Assurances Vie Mutuelle**. Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 • **AXA France IARD**. S.A. au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 R.C.S. Nanterre • **AXA Assurances IARD Mutuelle**. Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex **Entreprises régies par le Code des Assurances.** • **ANPERE** (Association Nationale pour la Prévoyance l'Epargne et la Retraite) : Association déclarée, régie par la loi du 1er juillet 1901 - Siège : Immeuble Axe Etoile - 103-105, rue des Trois Fontanot 92000 Nanterre.