

Notice d'informations valant Conditions générales

Article 1 - Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir, pour l'Adhérent et sa famille assurée, le remboursement :

- de frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie, un accident ou liés à la maternité, en complément des prestations versées par leur régime obligatoire.
- des dépenses de soins non prises en charge par le régime obligatoire mais relevant des garanties prévues au contrat.

Article 2 - Modalités d'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est composée de la demande d'adhésion, du certificat d'adhésion et de la présente notice d'information valant conditions générales.

2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer au contrat, sous réserve d'acceptation par l'Association, toute personne ayant :

- fait parvenir à l'Association une demande d'adhésion dûment complétée et signée mentionnant chaque membre de la famille inscrit, ainsi que la formule et le niveau de garantie choisis,
- réglé les droits d'entrée et cotisations associatives dont les montants sont précisés à l'Article 6.3 de la présente notice d'information.

Selon la formule et le niveau de garantie choisis, il faut également remplir les conditions suivantes au moment de l'adhésion :

- être âgé de moins de 80 ans pour les niveaux de garanties « HOSPI+/Formule ESSENTIEL » et « 200/Formule CONFORT » (par différence de millésime),
- être âgé de moins de 65 ans pour les niveaux de garanties de la formule « PREMIUM » (par différence de millésime),
- avoir rempli et signé le questionnaire de santé pour le niveau de garantie « 400/Formule PREMIUM ».

2.2 - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat et à l'Association est effective pour une année au minimum et se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance principale, c'est-à-dire au 1er janvier de chaque année.

Article 3 - Les garanties

3.1 - DÉBUT DES GARANTIES

3.1.1 - DATE D'EFFET :

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré, sous réserve des périodes d'attente prévues à l'Article 3.1.2, à compter de la date indiquée sur le certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la cotisation ; **cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Association.**

3.1.2 - PÉRIODES D'ATTENTE :

Tous les niveaux de garanties sont soumis à une période d'attente de 30 jours concernant l'ensemble des frais liés à une hospitalisation (frais de séjours, honoraires, chambre particulière, forfait journalier hospitalier, confort hospitalier, transport) sauf en cas d'accident ou de maladie infectieuse survenus pendant la période d'attente.

Il est également prévu une période d'attente de 10 mois, quel que soit le niveau de garantie, pour l'intégralité du forfait naissance-adoption. Durant cette période, le forfait est donné à raison de 10 % par mois de présence, avec un maximum de 100 % du forfait.

Ces périodes se calculent à partir de la date d'effet retenue pour l'adhésion. Ces délais sont supprimés pour les Assurés qui ont déjà été couverts par un organisme similaire sans interruption jusqu'à cette date (le certificat de radiation est demandé lors de la demande d'adhésion). Ces périodes d'attente sont également applicables en cas d'augmentation des garanties (voir Article 3.2) et portent uniquement sur les améliorations données par le nouveau niveau.

3.2 - CHANGEMENT DE NIVEAUX DE GARANTIES

Les prestations varient selon les niveaux de garanties proposés, le détail figurant au tableau des prestations. Toute diminution ou augmentation d'un niveau de garantie est soumise à l'acceptation de l'Association. Ces demandes peuvent être acceptées au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat ; par la suite, aucune diminution ou augmentation d'un niveau de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

3.3 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

Les remboursements des frais de soins sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires, dans la limite des frais réellement engagés et dans les limites et montants prévus au tableau des prestations. Ce dernier, qui fait partie intégrante de la présente notice d'information, détaille le montant des remboursements selon les niveaux de garanties souscrits ; certains remboursements sont également régis par les dispositions suivantes :

3.3.1 - HOSPITALISATION :

CHAMBRE PARTICULIÈRE :

Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Pour les séjours spécialisés, le remboursement est limité à 60 jours par année civile et par assuré. Le remboursement est exclu dans les cas de cure thermale et pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale. Pour les séjours spécialisés, le remboursement est limité à 60 jours par année civile et par assuré pour les niveaux de garanties des formules « ESSENTIEL » et « CONFORT » et à 90 jours pour les niveaux de garanties de la formule « PREMIUM ».

CONFORT HOSPITALIER :

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un assuré, sont pris en charge les frais de téléphone, TV (télévision), internet, séjour de l'accompagnant, transports occasionnés par les visiteurs.

NAISSANCE – ADOPTION (si prévues dans le niveau de garantie souscrit) :

Le versement de l'indemnité forfaitaire (doublement en cas de naissance gémellaire) est subordonné à l'inscription de chacun des enfants dans le mois qui suit la naissance (ou adoption) et sur présentation de l'acte de naissance (ou adoption) ou de la copie du livret de famille. L'enfant inscrit dans le délai d'un mois qui suit sa naissance (ou adoption) est dispensé des périodes d'attente prévues à l'Article 3.1.2.

HOSPITALISATION À DOMICILE :

Remboursement pour les soins nécessaires au bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

3.3.2 - DIVERS :

EXONÉRATION (OU REMBOURSEMENT) DE LA COTISATION (réservée aux Assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin ») :

L'exonération ou le remboursement de la cotisation familiale de l'année civile en cours a lieu en cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint inscrit, pour une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives (c'est la date d'entrée de l'hospitalisation qui est retenue pour l'année civile). Cette hospitalisation doit être la conséquence directe d'un accident et avoir débuté dans un délai de 90 jours à dater dudit évènement.

OPTIONS « RENFORT » (si prévues avec le niveau de garantie souscrit) :

L'adhésion à ces différents renforts peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2). Elle permet d'améliorer le niveau de remboursement de certaines prestations prévues ou non dans le niveau de garantie souscrit et définies en annexe du tableau des prestations :

- Hospitalisation (Code H) : renfort accessible pour tous les niveaux de garanties sauf le niveau « 400/Formule PREMIUM ».
- Optique, Dentaire (Code OD) : renfort accessible pour tous les niveaux de garanties sauf les niveaux de la formule « ESSENTIEL » & le niveau « 400/Formule PREMIUM ».
- Prévention Bien Etre (Code BE) : renfort accessible pour tous les niveaux de garanties sauf les niveaux de la formule « ESSENTIEL » & le niveau « 400/Formule PREMIUM ».
- Seniors (Code S) : renfort accessible pour les niveaux de garanties de la formule « CONFORT » (souscription possible uniquement à partir de 65 ans).

Seuls les renforts « Hospitalisation » et « Seniors » ne peuvent se cumuler entre eux.

Un assuré peut prétendre bénéficier d'un ou plusieurs de ces renforts seulement si la mention R (renfort) et le ou les codes de ces différents renforts figurent sur le certificat d'adhésion.

3.4 - EXCLUSIONS

3.4.1 - EXCLUSIONS GÉNÉRALES :

Sont exclus de tout remboursement :

- **Les actes non reconnus par les régimes obligatoires, les actes non prévus au tableau des prestations, la chirurgie et les soins esthétiques, les séjours en centres hospitaliers dits de moyens et longs séjours (sauf les moyens séjours prévus dans la présente notice d'information) ainsi que ceux pour personnes âgées dépendantes, les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication, les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires, les actes ou soins ayant une date antérieure à l'adhésion ou postérieure à la résiliation.**
- **Les faits de guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires, ainsi que les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau d'atome, conformément au Code des assurances.**
- **La participation forfaitaire.**
- **Les franchises médicales.**

3.4.2 - EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES :

Sont par ailleurs exclus :

- **En cas de non respect du parcours de soins coordonnés et/ou refus par l'assuré d'autoriser l'accès à son dossier médical personnel (DMP) au professionnel de santé, les montants non remboursables visés aux Articles 20 et 57 de la Loi du 13 Août 2004 et de ses décrets, soit :**
 - o **la majoration de participation.**
 - o **les dépassements d'honoraires autorisés.**
- **La garantie « exonération de la cotisation » pour les assurés bénéficiaires de la « loi Madelin ».**

3.5 - TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en FRANCE et dans les autres pays lorsque le régime obligatoire français prend en charge les frais médicaux. Le règlement des prestations est effectué en FRANCE et dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE. Si cela est nécessaire, l'ensemble des documents justificatifs devront être traduits et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE.

ARTICLE 4 - SERVICES

4.1 - TÉLÉTRANSMISSION ET TIERS PAYANT

Condition à respecter pour les deux services ci-dessous : adresser à l'Association la copie de l'attestation Vitale de chacun des membres de la famille.

4.1.1 - TÉLÉTRANSMISSION AVEC LES C.P.A.M., LA RAM ET LE GAMEX :

Les décomptes de remboursement des Assurés bénéficiaires de ces régimes obligatoires peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques, à l'Association directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'Assuré à l'Association. Dans ce cas, la mention du type « ...transmis par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire... » doit figurer sur votre décompte.

L'Assuré peut, à tout moment, sur demande écrite à l'Association, mettre fin à ces transmissions.

4.1.2 - TIERS PAYANT SANTÉ :

Il permet à l'Assuré de ne pas faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Il fonctionne sur simple présentation de l'Attestation de Tiers Payant Santé (ATPS) à condition que les dépenses de santé soient concernées par le tiers payant, que le professionnel de santé accepte également le tiers payant avec le régime obligatoire et que la garantie prévoit au minimum le ticket modérateur (hors pharmacie si mention particulière sur l'ATPS).

4.2 - PRISE EN CHARGE

L'Assuré peut bénéficier d'une prise en charge directe par l'Association, sur sa demande ou sur celle du professionnel concerné dans les limites prévues au tableau des prestations, pour l'ensemble des postes suivants :

- Hospitalisation : frais de séjour dans la limite de 100 % de la base de remboursement, le forfait journalier hospitalier et chambre particulière (la prise en charge Hospitalisation ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée).
- Dentaire : prothèses acceptées ou refusées par le régime obligatoire, implants et orthodontie.
- Optique : verres, montures et lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire.
- Hors hospitalisation : frais d'orthopédie, appareillage et prothèse autre que dentaire.

ARTICLE 5 - MODALITÉS D'OBTENTION DES REMBOURSEMENTS

Si l'Assuré bénéficie de la télétransmission (Voir Article 4.1.1), ses remboursements s'effectueront automatiquement, à l'exception des séjours hospitaliers. A défaut de télétransmission, ainsi que dans le cas d'une hospitalisation, il devra nous adresser :

- dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par le régime obligatoire :
 - o Les décomptes délivrés par le régime obligatoire,
 - o Les notes d'honoraires, factures acquittées et détaillées,
 - o Lorsque l'Assuré bénéficie d'un autre régime complémentaire : les décomptes de prestations de ce régime,
 - o Les justificatifs de transport, téléphone, TV (télévision), internet et séjour de l'accompagnant pour le versement du forfait CONFORT HOSPITALIER,
 - o En cas de prothèse liée à un traitement de chimiothérapie : un certificat médical justifiant la nature du traitement, la facture acquittée et détaillée mentionnant la codification de la prothèse si prise en charge par le régime obligatoire.
 - dans les 3 mois qui suivent l'évènement :
 - o Pour le versement de l'indemnité NAISSANCE - ADOPTION : un acte de naissance (ou d'adoption) ou une copie du livret de famille.
 - o Pour obtenir l'EXONÉRATION (OU REMBOURSEMENT) DE LA COTISATION suite à un accident ayant entraîné une hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives :
 - une demande d'exonération,
 - le bulletin de situation de l'établissement hospitalier avec dates d'entrée et de sortie,
 - un certificat médical de constatation d'accident précisant : la date de l'accident ayant entraîné l'hospitalisation, l'historique et la cause initiale de cet accident, ainsi que la mention « causé par un tiers » si tel est le cas.
- L'ensemble de ces pièces devra être adressé au centre de gestion de l'Association à l'attention du médecin conseil.

ARTICLE 6 - COTISATIONS

6.1 - MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est mentionné sur la demande d'adhésion. Il est déterminé en fonction :

- de la formule et du niveau de garantie choisis,
- du (des) renfort(s) choisi(s),
- de l'âge des Assurés à la prise d'effet de l'adhésion,
- du lieu du domicile de l'Adhérent,
- de la composition familiale.

6.2 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations évoluent :

- au 1er janvier de chaque année :
 - o selon l'âge de chaque Assuré, à partir de 21 ans, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime,
 - o suite à un accroissement des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé,
 - o suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garantie ou sur un groupe d'adhérents.
- Cette évolution peut notamment résulter d'une progression des remboursements supérieure, sur la même période, aux indices cités ci-dessus.

- au 1er janvier de chaque année ou éventuellement en cours d'année : suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.

6.3 - MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance par année civile complète au siège de l'Association avec une faculté de règlement fractionné mensuel, trimestriel ou semestriel (les droits associatifs sont compris dans le tarif mensuel par assuré à hauteur de 0,30 € pour les personnes de moins de 21 ans et 1,50 € pour les personnes de 21 ans et plus).

En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est calculée en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'à la prochaine échéance de règlement en incluant le mois en cours. Tout mois commencé est dû dans sa totalité. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

6.4 - CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de paiement tardif et partiel des cotisations, les versements sont imputés à l'échéance impayée la plus ancienne. Les impôts et taxes restent à la charge de l'Adhérent. Si la cotisation ou une partie de celle-ci n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Association peut (indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice) :

- adresser au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure.
- suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre.
- résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours (Article L. 113-3 du Code des assurances).

La suspension ou la résiliation de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'Adhérent de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au contrat pour toute la période de garantie en cours. En particulier, en cas de non-paiement d'une fraction de la cotisation annuelle, c'est la totalité de cette dernière qui est due à l'Association. Les frais de procédure et de recouvrement sont à la charge de l'Adhérent.

ARTICLE 7 - DISPOSITIONS DIVERSES

7.1 - BNC & BIC

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans la présente notice d'information par les Travailleurs Non Salariés non Agricoles, bénéficient des dispositions fiscales de la Loi N° 94-0126 du 11/02/94 et de son décret d'application N° 94-775 du 5/09/94 (Loi Madelin), à condition que :

- le contrat soit "Responsable",
- les revenus soient déclarés au titre des BNC ou BIC,
- les limites de déductibilité fiscale soient respectées (Article 154bis du Code général des impôts).

ARTICLE 8 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'Adhérent peut résilier son adhésion, par lettre recommandée, avec un préavis de deux mois précédant la fin de la première année d'assurance et pour les années suivantes avec un préavis de deux mois précédant l'échéance principale (1er janvier).

L'Adhérent peut également résilier son adhésion dans les cas suivants :

- lorsque la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée des engagements de l'Association : dans ce cas, l'Association est susceptible de modifier dès l'application de cette nouvelle réglementation, ou au plus tard dès la prochaine échéance principale qui suit cette application, les modalités de l'adhésion pour l'adapter à la nouvelle situation. En cas de désaccord, l'Adhérent a le droit de mettre fin à son adhésion en envoyant à l'Association une lettre recommandée dans les quinze jours suivant la date à laquelle il a pris connaissance des modifications. La résiliation prendra effet 30 jours après l'expédition de la lettre recommandée.
- lors d'un changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, en cas de retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation doit être demandée par lettre recommandée avec avis de réception dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification.

En cas de décès de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée de plein droit : s'il y a d'autres Assurés, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.

ARTICLE 9 - RENONCIATION

En cas d'adhésion par voie de démarchage : les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9-I du Code des assurances s'appliquent :

« Toute 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, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou 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 prime 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 ».

En cas d'adhésion à distance : selon les articles L. 112-2-1 du Code des assurances et L. 121-20-8 et suivants du Code de la consommation, l'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où il reçoit son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit la notice d'information et les informations conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation.

L'Adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

Ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Dans tous les cas, l'exercice de ce droit à renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion, mettant fin à l'ensemble des garanties, à compter de la date de réception de la lettre de renonciation.

Cette faculté de renonciation peut être exercée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au plus tard dans le délai de 14 jours indiqué ci-dessus et adressée à : ASAF-AFPS/GIEPS - BP 102 - 06167 - Juan-Les-Pins Cedex.

Elle peut être rédigée selon le modèle de lettre inclus ci-dessous :

"Je soussigné(e)...(nom, prénom)...demeurant ... (adresse de l'Adhérent), déclare renoncer à mon adhésion au contrat OSALYS n°... (Inscrire le numéro figurant sur le Certificat d'Adhésion).....que j'avais souscrit auprès du Cabinet..... (nom de l'intermédiaire d'assurance), le Date..... Signature de l'Adhérent".

ARTICLE 10 - EXPERTISES – JUSTIFICATIFS

L'Association pourra éventuellement faire effectuer à sa demande et à l'attention de son Médecin Conseil toutes les vérifications ou expertises qu'elle jugera nécessaires ainsi que se faire communiquer les documents, pièces, comptes rendus, médicaux ou non, nécessaires au traitement du dossier.

ARTICLE 11 - SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, la déclaration doit en être faite à l'Association. Après remboursement des frais de santé dans les conditions prévues au tableau des prestations, l'Assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées à l'Assuré, conformément à l'Article L. 121-12 du Code des assurances.

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

Conformément à l'Article L. 114-1 du Code des assurances, « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de 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'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

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

Conformément à l'article L. 114-3 du Code des assurances, « par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

ARTICLE 13 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données vous concernant sont destinées à l'usage de l'Association. Elles sont obligatoires pour la gestion de votre adhésion. Conformément aux articles 32 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 dite « Informatique et Libertés », modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à : ASAF-AFPS/GIEPS - BP 102 - 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX.

ARTICLE 14 - RÉCLAMATIONS

Vos réclamations éventuelles doivent être adressées au centre de gestion ASAF-AFPS/GIEPS - Service Réclamations - BP 102 - 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX. Si elles ne trouvaient pas satisfaction, les cas de litiges seraient adressés au Service Qualité Relation Clientèle de l'Assureur.

Si le désaccord subsiste, ce Service vous propose alors un recours gratuit au Médiateur et vous indique les modalités à suivre. Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les trois mois suivant la date à laquelle il a été saisi. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

Conditions générales des garanties assistance

ARTICLE 1 – OBJET

La présente notice d'information reprend les conditions générales des conventions d'assistance portant le numéro 500436601 souscrite par l'Association ASAF (Association Santé et Action Familiale) et le numéro 500436602 souscrite par l'Association AFPS (Action Familiale de Prévoyance Sociale) pour leurs adhérents auprès de AXA ASSISTANCE France Assurances, société anonyme au capital de 7 275 660 euros - 451 392 724 R.C.S. Nanterre - entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social se trouve : 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.

Elle a pour objet de garantir pour les adhérents, et les membres de leur famille assurés figurant sur le certificat d'adhésion, des services d'assistance.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

2.01 - SOUSCRIPTEUR : ASAF & AFPS - 20 chemin des sables - BP 102 - 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX

2.02 - AXA Assistance : AXA Assistance France Assurances – 6 rue André Gide – 92320 Châtillon

2.03 - BÉNÉFICIAIRES : L'adhérent chef de famille à l'association, souscripteur du contrat d'assurance santé OSALYS et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un PACS. Leurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans vivant au domicile du souscripteur et fiscalement à sa charge. Leurs ascendants vivant au domicile du souscripteur. Ces bénéficiaires sont garantis dès lors qu'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion santé OSALYS délivré par l'Association.

2.04 - TERRITORIALITÉ : Les garanties s'exercent en France, à Andorre, à Monaco, dans les Départements d'Outre Mer et les Territoires d'Outre Mer.

2.05 - FRANCE : France.

2.06 - DOMICILE : Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu ou tout autre document officiel. Il est nécessairement situé en France.

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

2.08 - ACCIDENT : Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

2.09 - ATTEINTE CORPORELLE GRAVE : Accident corporel ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

2.10 - HOSPITALISATION : Séjour imprévu dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

2.11 - IMMOBILISATION AU DOMICILE : Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave et sur prescription médicale.

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

2.13 - ÉQUIPE MÉDICALE : Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par notre médecin régulateur.

2.14 - PROCHE : Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

2.15 - ANIMAUX DOMESTIQUES : Animaux familiers (chiens et chats uniquement) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

2.16 - FRANCHISE : Part des dommages à la charge du bénéficiaire.

2.17 - FAIT GÉNÉRATEUR : Maladie, accident.

ARTICLE 3 – DÉFINITIONS DES GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ

3.01 - GARDE DES ENFANTS : En cas d'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 72 heures et si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation. AXA Assistance prend 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 un proche parent 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 à une intervention par année civile.

Au delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

3.02 - GARDE DES ENFANTS MALADES : Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire de moins de 15 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 8 jours consécutifs, et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire en mettant à disposition un titre de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe,

- soit sa garde par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.** Au delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

3.03 - SOUTIEN PÉDAGOGIQUE : Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, AXA Assistance recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en FRANCE dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant de la 11ème à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, Langues Vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 5 heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 10 heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire.

Ces cours sont dispensés au 16ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant pendant 2 mois maximum, hors jours fériés et vacances scolaires. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.** Au delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

3.04 - AIDE MÉNAGÈRE : À la demande du bénéficiaire, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile soit pendant sa durée d'hospitalisation ou d'immobilisation supérieure à 72 heures, soit dès son retour à son domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes. AXA Assistance prend en charge 30 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident. Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après bilan médical. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.** Au delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

3.05 - GARDE ET TRANSFERT DES ANIMAUX DOMESTIQUES (chien et chat uniquement) : En cas d'hospitalisation supérieure à 72 heures et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, AXA Assistance organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 230 € par évènement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

ARTICLE 4 – EXCLUSIONS

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- 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 états de grossesse à moins d'une complication imprévisible ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- 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 conséquences résultant 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, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- les dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire ;
- la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les conséquences de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- les conséquences de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- les conséquences du non respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosions d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport en avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

ARTICLE 5 – CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

5.01 - **LIMITATION DE RESPONSABILITÉ** : AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

5.02 - **CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES** : L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat. AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

ARTICLE 6 – CONDITIONS GÉNÉRALES D'APPLICATION

6.01 - **VALIDITÉ DES GARANTIES** : Les garanties prennent effet à la date de déclaration du souscripteur et pendant toute la durée de l'adhésion du bénéficiaire pour autant que les garanties de la présente convention soient acquises au souscripteur.

6.02 - **MISE EN JEU DES GARANTIES** : Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge. AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux. En cas d'évènement **nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement** :

- par téléphone au 01 55 92 25 99
- par télécopie au 01 55 92 40 50
- par télégramme à « AXA Assistance France Assurances » 6 rue André Gide - 92320 Châtillon

6.03 - **PROCÉDURE DE DÉCLARATION DE SINISTRE** : Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, le bénéficiaire doit avertir AXA Assistance et faire sa déclaration de sinistre accompagnée de toutes les pièces justificatives.

Cet envoi doit être adressé à : **AXA Assistance, Service Gestion des Sinistres - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.**

Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans les garanties d'assistance entraîne la déchéance à tout droit de remboursement.

Le remboursement s'effectue sur présentation de factures originales établies par des organismes agréés et reconnus localement. Le remboursement se fait exclusivement au bénéficiaire, ou à ses ayants droit, après réception par AXA Assistance de son dossier complet. AXA Assistance se réserve le droit de soumettre, à ses frais, le bénéficiaire à un contrôle médical sous pli confidentiel transmis par lettre recommandée avec avis de réception.

6.04 - **ACCORD PRÉALABLE** : L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues à la présente convention sans l'accord préalable d'AXA Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

6.05 - **DÉCHÉANCE DES GARANTIES** : Le non respect par le bénéficiaire de ses obligations envers AXA Assistance en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE

7.01 - **LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS** : Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre les bénéficiaires et les services d'AXA Assistance pourront être enregistrées. Conformément aux articles 32 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le bénéficiaire est informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de son appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans les présentes conditions générales. Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues par la convention. Ces informations sont destinées à l'usage interne d'AXA Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives. Par conséquent, les données pourront faire l'objet d'un transfert vers le pays dans lequel se trouve le bénéficiaire au moment de sa demande. Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'AXA Assistance - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.

7.02 - **SUBROGATION** : AXA Assistance est subrogée dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant à la présente convention, contre tout tiers responsable de l'évènement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente convention.

7.03 - **PRESCRIPTION** : Conformément aux dispositions prévues par l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,

2. en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de 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 contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;

- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par :
 - o l'Association à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
 - o l'Assuré à l'Association en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

7.04 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION : En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter Axa Assistance - Service Gestion Relation Clientèle - 6, rue André Gide - 92328 Châtillon.

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées lui seront alors communiquées par Axa Assistance et ceci, sans préjudice des autres voies d'action légales.

7.05 – RÈGLEMENT DES LITIGES : Tout litige se rapportant à la présente convention et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties sera porté devant la juridiction compétente.

7.06 – Autorité de contrôle : AXA Assistance France Assurances est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09 France.