

A S A F & A F P S



NORMACONFORT PLUS

Garanties complémentaires frais de santé

Votre santé a de l'avenir...

Action Familiale de Prévoyance Sociale – Association Loi 1901 N° 3212 X 70 – J.O. du 27/06/70 – C.N.I.L. N° 80738

Association Santé et Action Familiale – Association Loi 1901 N° 3703 X 73 – J.O. du 05/01/74 – C.N.I.L. N° 80738

20, chemin des Sables – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS Cedex

Contrats collectifs souscrits auprès d'AXA France Vie – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310499959 R.C.S. PARIS ou d'AXA Assurance Vie Mutuelle

Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes – Siren 353457245

Entreprises régies par le code des assurances – Sièges sociaux : 26, rue Drouot – 75009 PARIS

Autorité chargée du contrôle de l'assureur : Commission de Contrôle des Assurances (54, rue de Chateaudun – 75009 PARIS)

Tableau des prestations

NORMACONFORT PLUS

Les remboursements Complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat "Responsable" selon la Loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ainsi que ses décrets sauf si la mention "Contrat Non Responsable" est précisée sur le certificat d'adhésion.

	O P T I O N S D E G A R A N T I E			
	SOUSCRIPTION SANS Questionnaire de Santé			SOUSCRIPTION AVEC Questionnaire de Santé
	TICKET MODÉRATEUR	TICKET MODÉRATEUR PLUS	AMÉLIORÉE	DÉPASSEMENT
HOSPITALISATION (Y compris en maternité)				
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public <i>(voir pages 4 et 5)</i>	100 % (2)	100 % (2)	Frais réels (Chambre à deux lits)	Frais réels (Chambre à deux lits)
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé <i>(voir pages 4 et 5)</i>	100 % (2)	100 % (2)	100 % (2)	100 % (2)
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % (2)	125 % (2)	150 % (2)	175 % (2)
Forfait journalier hospitalier <i>(voir page 5)</i>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière <i>(voir page 5)</i>	Néant	35 €/jour maximum 45 jours (1)	50 €/jour maximum 45 jours (1)	60 €/jour maximum 45 jours (1)
Lit accompagnant <i>(voir page 5)</i>	8 €/jour maximum 30 jours (1)	10 €/jour maximum 30 jours (1)	15 €/jour maximum 30 jours (1)	20 €/jour maximum 30 jours (1)
Maternité – Adoption <i>(voir page 5)</i>	Néant	Forfait de 80 €	Forfait de 120 €	Forfait de 150 €
Transport ambulance	100 % (2)	100 % (2)	100 % (2)	100 % (2)
DENTAIRE				
Actes, Soins et Chirurgie Dentaires	100 % (2)	100 % (2)	125 % (2)	150 % (2)
Prothèse dentaire remboursement plafonné (1)	100 % (2)	150 % (2)	175 % (2) 230 € 570 € 800 €	225 % (2) 500 € 850 € 1 200 €
		maximum 1 ^{ère} année maximum 2 ^{ème} année maximum années suivantes		
Orthodontie	Néant	125 % (2)	150 % (2)	200 % (2)
OPTIQUE				
Optique médicale : Verres et lentilles – Montures – Opération de la myopie	100 % (2)	100 % (2) + Complément de 75 € (1)	100 % (2) + Complément de 100 € (1)	100 % (2) + Complément de 150 € (1)
HORS HOSPITALISATION				
Consultations – Visites	100 % (2)	100 % (2)	125 % (2)	175 % (2)
Pharmacie	100 % (2)	100 % (2)	100 % (2)	100 % (2)
Vaccin Anti-Grippe <i>(voir page 5)</i>	À concurrence de 25 € (1)	À concurrence de 25 € (1)	À concurrence de 25 € (1)	À concurrence de 25 € (1)
Petite chirurgie	100 % (2)	125 % (2)	150 % (2)	175 % (2)
Laboratoire – Radios	100 % (2)	100 % (2)	125 % (2)	125 % (2)
Ostéo-densitométrie <i>(voir page 5)</i>	À concurrence de 50 €	À concurrence de 50 €	À concurrence de 50 €	À concurrence de 50 €
Auxiliaires médicaux – Rééducation	100 % (2)	125 % (2)	125 % (2)	125 % (2)
Orthopédie, Appareillage, Prothèse autre que dentaire	100 % (2)	100 % (2)	150 % (2)	175 % (2)
AUTRES PRESTATIONS				
Aérium – Centre de pneumologie – Préventorium – Maison de repos, de rééducation et de convalescence – Services spécialisés – Maison d'enfants – Établissement à caractère sanitaire et social <i>(voir page 4 et 5)</i>	100 % (2) maximum 30 jours (1)	100 % (2) maximum 30 jours (1)	100 % (2) maximum 30 jours (1)	100 % (2) maximum 30 jours (1)
Cure thermale <i>(acceptée par le RO – voir page 5)</i>	Forfait de 45 € (1)	Forfait de 100 € (1)	Forfait de 200 € (1)	Forfait de 250 € (1)
Soins à l'étranger <i>(voir page 5 - Article 9)</i>	100 % (2)	100 % (2)	125 % (2)	125 % (2)
Garanties assistance <i>(voir résumé page 6)</i>	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses
Obsèques <i>(par assuré)</i>	Néant	Indemnité de 200 €	Indemnité de 300 €	Indemnité de 400 €
Exonération ou remboursement de la cotisation <i>(voir page 5)</i>	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie
Garantie agression – Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par agression <i>(voir page 3)</i>	4 000 €	6 000 €	8 000 €	10 000 €

(1) par année civile et par assuré

(2) de la base de Remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement de celui-ci et les éventuels montants non remboursables selon la Loi N° 2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'assurance Maladie ainsi que ses décrets (participation forfaitaire, majoration de participation et dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins). Si le contrat est Non Responsable il faut lire "(2) de la base de remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement de celui-ci et la participation forfaitaire".

Le total des remboursements complémentaires, du régime obligatoire et les prestations non prises en charge au titre du présent contrat tel que défini ci-dessus ne peut excéder les frais justifiés réellement engagés.

I • DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat collectif est souscrit par **L'Association**, appelée ci-après **L'Association**, dont le siège social se trouve 20, chemin des Sables – Boîte Postale N° 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX, auprès de **"AXA France Vie"** – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS ou de **"AXA Assurance Vie Mutuelle"** – Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes – Siren 353 457 245 – Entreprises régies par le Code des Assurances, dont les sièges sociaux se trouvent : 26, rue Drouot – 75009 PARIS appelés ci-après **L'Assureur**. Le contrat entre **L'Association** et **L'Assureur** se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis d'un mois par lettre recommandée. A cette échéance **L'Assureur** s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Adhérents. Ce contrat est réservé aux membres de **L'Association** appelés, ci-après, les **Adhérents**.

Il a pour objet de garantir, pour eux et leur famille assurée, le remboursement de frais médicaux occasionnés par une maladie ou un accident, en complément des prestations versées par leur régime légal obligatoire et dans la limite des dépenses réellement engagées. Les déclarations des **Adhérents** servent de base à leur adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf effet des Lois et Décrets du Code des Assurances. Le présent document représente la note d'information des garanties **NORMACONFORT PLUS** et reprend les conditions générales du contrat collectif précité.

L'Association assure les actes de gestion nécessaires à l'acceptation et au fonctionnement du contrat et des adhésions.

Elle peut déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix.

ARTICLE 2 – CONDITIONS D'ADMISSION

Sont admissibles dans le cadre d'une adhésion familiale obligatoire et sous réserve d'acceptation par **L'Association** dans la garantie choisie, les **Adhérents** ayant :

- moins de 60 ans lors de la souscription (par différence de millésime),
- rempli et signé pour chaque membre de la famille la demande d'adhésion précisant la garantie choisie et le questionnaire de santé figurant sur celle-ci pour les seules garanties où il est demandé,
- réglé les droits d'entrée et cotisations associatives dont les montants sont précisés à l'Article 5 de la présente note d'information,
- souscrit pour l'ensemble de la famille (conjoint ou concubin reconnu et enfants à charge) la même garantie ou une garantie correspondant au régime obligatoire de chaque membre (*une demande d'adhésion devra être utilisée pour chaque régime sollicité*).

L'Association peut demander, si le questionnaire de santé est nécessaire à l'adhésion (selon option de garantie choisie) et selon les réponses apportées, toutes justifications, visites ou examens complémentaires. Elle peut majorer la cotisation, modifier ou refuser les garanties.

Dans chacun des cas l'Adhérent en est avisé préalablement.

ARTICLE 3 – DÉBUT DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve des délais d'attente ci-après, pour chaque adhérent, à compter de la date indiquée sur son 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**.

PÉRIODES D'ATTENTE :

Toutes les options de garanties sont soumises à **une période d'attente de 30 jours** concernant l'ensemble des frais liés à une **hospitalisation** (frais de séjours, honoraires, chambre particulière, lit accompagnant, forfait journalier hospitalier, transport) sauf en cas d'accident ou de maladie infectieuse (telles que listées à l'Article 7 "DÉFINITIONS") survenus pendant la période d'attente.

IL EST ÉGALEMENT PRÉVU UNE PÉRIODE D'ATTENTE DE :

- 10 mois, quelle que soit l'option de garantie pour l'intégralité du forfait maternité.

Le forfait maternité 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 **Adhérents** assurés auprès d'un organisme similaire sans interruption jusqu'à cette date et dans la limite des garanties dont ils disposaient précédemment, un justificatif détaillé est demandé lors de la demande d'adhésion. Ces périodes d'attente sont également applicables en cas de changement de formule avec augmentation des garanties et portent uniquement sur les améliorations données par la nouvelle formule.

CHANGEMENT DE FORMULES :

Les garanties varient selon les formules proposées, le détail figure au tableau des prestations faisant partie intégrante de la présente note. Toute diminution de garantie est possible au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat. Toute augmentation de garantie est soumise à l'acceptation de **L'Association** et n'est possible qu'au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat et en ce cas aucune diminution de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

ARTICLE 4 – DISPOSITIONS DIVERSES

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

TIERS PAYANT SANTÉ :

Sans supplément de cotisation, sur simple présentation de l'attestation de Tiers-payant Santé : pour la pharmacie, les laboratoires et les radiologues sous forme de transmission directe informatisée, pour les autres professions de santé sous forme de facturation.

- **Conditions à respecter pour ces deux services** : le bénéfice de ces services est lié à la transmission de la copie de l'attestation Vitale de chacun des membres de la famille, et de surcroît pour le tiers payant, au règlement des cotisations par prélèvement bancaire automatique.

GARANTIE AGRESSION :

En cas de hold-up, prise d'otage, détournement d'avion, kidnapping, il est prévu un capital décès ou un capital par anticipation en cas de PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie – invalidité de 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale ou équivalence avec aide d'une tierce personne). Le montant des garanties est précisé sur le tableau des prestations.

SERVICES :

L'adhésion à **L'Association** permet de bénéficier d'un ensemble de services liés au tourisme social : villages de vacances, centres de vacances enfants (se renseigner).

BNC & BIC :

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans la présente note d'information par les Travailleurs Non Saliés non Agricoles à **condition que le contrat soit "Responsable"** (voir définition Article 7), dont les revenus sont déclarés au titre des BNC ou BIC, 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).

Conditions Générales

NORMACONFORT PLUS

ARTICLE 5 – 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 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**. En cas d'adhésion en cours de période 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. Les cotisations évoluent suivant les tranches d'âge prévues au tarif soit à partir de 21 ans tous les 5 ans, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime. Tout mois commencé est dû dans sa totalité. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

Les cotisations sont périodiquement révisées au 1^{er} janvier de chaque année :

- En fonction 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.
- Suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.
- 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.

Par ailleurs, les cotisations peuvent également être réajustées à une date différente de celle de l'échéance principale du 1^{er} janvier ; dans ce cas, l'adhérent peut mettre fin à son adhésion, par lettre recommandée, dans les 30 jours suivant la date où il a eu connaissance de la modification. La résiliation prend alors effet fin du mois suivant l'expédition de la lettre recommandée.

ARTICLE 6 – RENOUVELLEMENT – RÉSILIATION

L'adhésion au bénéfice du contrat est effective pour une année au minimum, elle se renouvelle ensuite chaque année à la date d'échéance principale, fixée au 1^{er} janvier, par tacite reconduction.

Son éventuelle résiliation doit être faite, par lettre recommandée avec avis de réception, avec un préavis de deux mois, à l'issue de la première année d'assurance et ensuite à chaque échéance principale (1^{er} janvier) dans les mêmes formes et délais. Elle peut avoir lieu à une autre date dans les cas et conditions prévus par le Code des Assurances. La résiliation du fait du souscripteur ne peut être acceptée que dans la mesure où il est à jour de l'ensemble de ses cotisations.

En cas de défaut d'une seule échéance de règlement, s'appliquent les dispositions prévues par le Code des Assurances.

ARTICLE 7 – DÉFINITIONS

ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

FAMILLE :

Le chef de famille, son conjoint (ou concubin reconnu par les régimes obligatoires) et les enfants fiscalement à charge jusqu'à 20 ans.

HOSPITALISATION :

Séjour d'au moins 24 heures prescrit par un médecin, dans une clinique ou un hôpital public ou privé, en vue d'y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux qui ne pourraient être donnés valablement par un traitement hors de l'établissement concerné.

MALADIE :

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MALADIES INFECTIEUSES :

Fièvre typhoïde ou para typhoïde, varicelle, rubéole, coqueluche, oreillons, méningite cérébro-spinale, diphtérie, variole, tétanos, rougeole ou dysenterie.

BASE DE REMBOURSEMENT :

Tarif retenu par les régimes obligatoires dans l'application de la nomenclature CCAM ou NGAP comme référence pour le calcul du remboursement.

NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP) :

Répertoire établi par le régime obligatoire sous forme de « Lettre clé ».

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM) :

Nouvelle norme de classification des actes techniques médicaux (se substituant à la NGAP pour certains actes).

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Forfait journalier hospitalier prévu par la Loi du 19 janvier 1983 et laissé par le régime légal à la charge des assurés.

PARTICIPATION FORFAITAIRE :

Retenue à la source effectuée par le régime obligatoire et portant sur les consultations et les actes de biologie (Telle que définie par l'Article 20 de la Loi du 13 août 2004).

ACTES MÉDICAUX ET CONSULTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS :

- Actes médicaux ou consultations réalisés pour un assuré de plus de 16 ans n'ayant pas déclaré de médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie.
- Actes médicaux ou consultation réalisés et non recommandés par le médecin traitant déclaré par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse maladie.

Majoration de participation et dépassements d'honoraires liés au non respect du parcours de soins :

Remboursables en partie selon le tableau des prestations en annexe et les garanties souscrites.

CONTRAT RESPONSABLE :

L'adhésion respecte pour les garanties souscrites, les exigences visées aux Articles 20 et 57 de la Loi N° 2004-810 du 13 août 2004, et de ses décrets.

CONTRAT NON RESPONSABLE :

L'adhésion pour les garanties souscrites, ne répond pas à tout ou partie des exigences visées aux Articles 20 et 57 de la Loi N° 2004-810 du 13 août 2004, et de ses décrets.

II • GARANTIES

ARTICLE 8 – PRESTATIONS – REMBOURSEMENTS – EXCLUSIONS – LIMITATIONS de GARANTIE

Les remboursements des frais de soins sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires et dans la limite des frais réellement engagés. Le tableau des prestations faisant partie intégrante de la présente note d'information, détaille le montant des remboursements selon les garanties souscrites ; certains remboursements sont régis par les dispositions suivantes :

PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION :

L'Adhérent conserve le libre choix de l'établissement hospitalier et peut bénéficier d'une prise en charge directe par **l'Association** dans la limite de 100% de la base de remboursement (déduction faite du remboursement du régime obligatoire), du Forfait Journalier Hospitalier et de la chambre particulière aux conditions prévues par le contrat. La prise en charge ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée.

SERVICES SPÉCIALISÉS :

Maisons d'enfants à caractère sanitaire, maisons de repos, séjours spécialisés de rééducation, de convalescence, de gériatrie, de neuropsychiatrie, de diététique et établissements similaires : **la garantie est toujours limitée à 100 % de la base de remboursement (y compris le remboursement du régime obligatoire) avec un maximum de 30 jours par année civile et par assuré.**

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Remboursé dans la limite des garanties prévues et précisées au tableau des prestations sur présentation de la facture acquittée pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale, ou directement à l'établissement si prise en charge préalable, (voir également la rubrique « prise en charge hospitalisation »).

Pour les séjours en maison de repos, de rééducation, de convalescence et autres établissements similaires ainsi que pour les séjours neuropsychiatriques, gériatriques, diététiques et les cures de sommeil, le remboursement est limité à 30 jours par année civile et par assuré.

CHAMBRE PARTICULIÈRE (SI PRÉVUE DANS LA GARANTIE SOUSCRITE) :

En établissements conventionnés ou agréés, remboursement sur présentation de la facture acquittée et dans les limites prévues et indiquées dans le tableau des prestations.

La garantie est limitée à 45 jours par année civile et par assuré.

Le remboursement de la chambre particulière est exclu dans les cas de cure thermique, pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire.

LIT ACCOMPAGNANT :

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un assuré âgé de moins de 12 ans, la prise en charge du lit accompagnant de l'un des parents a lieu dans la limite des frais réels justifiés par facture acquittée et pour les montants indiqués au tableau des prestations **avec une durée maximale par année civile et par assuré précisée au tableau des prestations.**

VACCIN :

Le vaccin anti-grippe est pris en charge par **l'Association** qu'il soit accepté, ou non, par le régime obligatoire, aux conditions et limites prévues au tableau des prestations.

OSTÉO-DENSITOMÉTRIE :

Cet examen est pris en charge une fois dans la vie par **l'Association** pour toute **Adhérente** entre 45 et 60 ans dans les limites prévues et indiquées dans le tableau des prestations.

CURE THERMALE (ACCEPTÉE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE) :

Le versement du forfait prévu au tableau des prestations exclut tout autre remboursement, Ticket Modérateur ou dépassement, à quel que titre que ce soit (frais thermaux, médicaux, transport, hébergement, etc.).

MATERNITÉ – NAISSANCE – ADOPTION (SI PRÉVUES DANS LA GARANTIE SOUSCRITE) :

Le versement de l'indemnité forfaitaire prévue au tableau des prestations est subordonné à l'inscription de l'enfant dans le mois qui suit sa naissance. L'enfant inscrit dans le délai d'un mois qui suit sa naissance est dispensé des périodes d'attente prévues à l'Article 3.

PLAFONDS DE REMBOURSEMENTS :

Certaines prestations peuvent avoir des remboursements plafonnés. Les montants et modalités en sont précisés sur le tableau des prestations.

ACCIDENTS :

Les remboursements complémentaires interviennent dans les limites prévues au tableau des prestations et dans les présentes conditions en cas d'accident. Si celui-ci est causé par un tiers la déclaration doit en être faite à **l'Association**. Notre participation, telle que prévue au tableau des prestations, se fait dans ce cas, en complément des autres organismes et dans la limite des frais réels.

SUBROGATION

L'Assureur qui a payé une indemnité au titre des frais de santé se substitue à **l'Adhérent** ou à ses ayants droit dans leurs droits et actions de recours contre tout responsable conformément à l'Article L 121-12 du Code des Assurances et jusqu'à concurrence de cette indemnité.

EXONÉRATION DE LA COTISATION :

L'exonération ou le remboursement de la cotisation familiale de l'année civile en cours a lieu, sur la demande de **l'Adhérent** souscripteur, en cas d'hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives, de lui-même ou de son conjoint inscrit (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 débiter dans un délai de 90 jours à dater dudit évènement.

EXCLUSIONS DIVERSES :

Sont exclus de tout remboursement :

- les actes non reconnus par les régimes obligatoires, les actes non prévus dans le tableau des prestations, la chirurgie et les soins esthétiques, les séjours en centres hospitaliers dits de moyens et longs séjours 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.
- conformément au Code des Assurances 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.

Sont par ailleurs exclus si le contrat est "Responsable", les montants non remboursables visés aux Articles 20 et 57 de la Loi du 13 Août 2004 et de ses décrets, soit :

- la participation forfaitaire,
- la majoration de participation
- les dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins.

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 9 – 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.

Ces documents justificatifs devront être traduits si nécessaire et dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE.

Les modalités en sont précisées sur le Tableau des prestations "soins à l'étranger".

ARTICLE 10 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux années à partir de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions prévues par le Code des Assurances.

ARTICLE 11 – RÉCLAMATIONS

Vos réclamations éventuelles doivent être adressées au centre de gestion ASAF/AFPS – 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.

RÉSUMÉ DES CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES ASSISTANCE

BÉNÉFICIAIRES

L'ensemble des assurés de la garantie **NORMACONFORT PLUS** désignés sur le certificat d'adhésion.

GARANTIES

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge par AXA Assistance.

DOMAINE D'INTERVENTION

Les garanties d'assistance sont acquises dans le cadre d'une hospitalisation supérieure à 5 jours ou d'une immobilisation au domicile supérieure à 8 jours suite à une atteinte corporelle grave.

LIMITES TERRITORIALES

Les garanties d'assistance s'exercent en FRANCE.

GARDE DES ENFANTS

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 5 jours 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 1^{ère} 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 évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

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 1^{ère} 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.

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 11^{ème} 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 10 heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 15 heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire.

Ces cours sont dispensés au 16^{ème} 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.

AIDE MÉNAGÈRE

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation supérieure à 8 jours, du bénéficiaire, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile, soit pendant sa durée d'immobilisation ou d'hospitalisation, 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.

GARDE ET TRANSFERT DES ANIMAUX DOMESTIQUES

(chien et chat exclusivement)

En cas d'hospitalisation supérieure à 8 jours 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 229 € par évènement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

EXCLUSIONS

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance ni faire l'objet d'une indemnisation à quel que 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...

Ainsi que les exclusions prévues dans la note d'information **NORMACONFORT PLUS**.

MISE EN JEU DES GARANTIES

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge. En cas d'évènement nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement :

☎ **PAR TÉLÉPHONE AU 01 55 92 25 99**

IMPORTANT : Ce document est non contractuel.

Les conditions générales de la convention ASSISTANCE sont tenues à la disposition des bénéficiaires sur simple demande.