

Biopass





Dispositions Générales du contrat Biopass Votre Complémentaire Santé

Votre contrat se compose :

- Des présentes Dispositions Générales (DG) qui définissent les garanties proposées et leurs conditions d'application. Elles précisent les règles qui régissent l'existence et le fonctionnement du contrat, en particulier nos droits et obligations réciproques.
- Des Dispositions Particulières (DP) qui sont établies à partir des déclarations que vous avez faites au moment de la souscription. Elles personnalisent l'assurance en l'adaptant à votre situation. Y sont définis, notamment, l'identité des personnes assurées -ci-après dénommées les bénéficiaires-, la nature et le contenu des modules de garanties et leurs niveaux respectifs, le coût de l'assurance.

Les garanties que vous avez souscrites sont couvertes par l'Assureur mentionné sur vos Dispositions Particulières.

La distribution et la gestion du contrat d'assurance sont confiées à ASSU 2000 :

Société de courtage d'assurances régie par le Code des Assurances SAS au capital de 3 500 000 euros

Siège social : 40 avenue de Bobigny, 93130 NOISY LE SEC

RC 76 B 914 – SIRET FR 68 305 362 162 04062

Inscrite à l'ORIAS sous le numéro 07 001 985 (www.orias.fr) et exerçant sous le contrôle de l'A.C.P.R (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 61 rue Taitbout, 75 436 PARIS, cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr).

Les prestations d'assistance sont couvertes par :

AXA ASSISTANCE France Assurances

Société anonyme au capital de 7 275 660 euros

Entreprise régie par le Code des Assurances

Siège social : 6 rue André Gide, 92320 CHATILLON

451 392 724 RCS NANTERRE

PARTIE I :

LES GARANTIES D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance Santé Biopass est un contrat individuel d'assurance complémentaire santé régi par le Code des Assurances.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est la Commission du Contrôle Prudentiel et de Résolution située 61 rue Taitbout 75 436 Paris cedex 09.

TITRE I : LES DISPOSITIONS GENERALES

I. OBJET

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé consécutives à une maladie, un accident ou une maternité en complément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les limites et conditions décrites ci-après.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, les assurés une fois admis ne peuvent être exclus de l'assurance contre leur gré à la condition que la cotisation ait été encaissée.

Les garanties santé du contrat Santé Biopass répondent au dispositif du contrat responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et son décret d'application.

La prescription est le délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise. Conformément à l'article R 112-1 du Code des Assurances, les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du même code reproduits ci-après :

Article L 114-1 du Code des Assurances

Toutes les actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de 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 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.

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.

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.

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code Civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr

Article 2240 du Code Civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code Civil

La demande en justice, même en référé, 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 2242 du Code Civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 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 2244 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 2245 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 interrompre 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 2246 du Code Civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

II. INFORMATION DES ASSURES

Si l'Assuré souscripteur souhaite obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du contrat, il peut le faire en s'adressant à son intermédiaire en assurance.

En cas de difficulté relative à l'interprétation ou à l'exécution du contrat, l'Assuré souscripteur peut adresser sa réclamation à :

ASSU 2000
Service Consommateur
40 avenue de Bobigny
93130 NOISY LE SEC Cedex

En cas de désaccord définitif, l'Assuré souscripteur a la faculté de faire appel au Médiateur, un professionnel de l'assurance indépendant. ASSU 2000 lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

III. TERRITORIALITE

La garantie s'exerce en France métropolitaine et dans les DOM.

Sauf dispositions contraires, elle est subordonnée à la prise en charge des dépenses de santé par le régime légal d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire.

Les soins dispensés à l'occasion d'un déplacement à l'étranger ne sont couverts qu'en complément des prestations versées par le régime légal du bénéficiaire.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

IV. ADMISSION A L'ASSURANCE

IV-1 Admissibilité :

Sont admissibles à l'assurance toute personne ainsi que les membres de sa famille (conjoint, concubin ou pacsé, les enfants de l'Adhérent ou du conjoint ou tiers assuré fiscalement à charge) dès lors que chacun d'entre-eux est affilié à un régime légal d'assurance maladie obligatoire français et qu'il répond aux conditions d'âge fixées au paragraphe X.

IV-2 Admission :

En vue de bénéficier de l'assurance, tant pour lui-même que pour les membres de sa famille proposés à l'assurance, l'admissible doit :

- répondre à la demande de renseignements de l'Assureur ;
- aux conditions d'âge prévues au paragraphe X ;
- et être à jour de ses cotisations.

Tous les membres d'une même famille doivent s'inscrire sous le même contrat.

Les demandes de souscription sont reçues par ASSU 2000 avec les éléments nécessaires à la mise en vigueur de l'adhésion.

L'Assureur se réserve la possibilité de demander tout justificatif.

Les personnes admises à l'assurance ont la qualité de bénéficiaires. Elles sont désignées nominativement aux Dispositions Particulières.

L'admission d'un bénéficiaire en cours de contrat est possible sous réserve de satisfaire aux conditions d'admissibilité énoncées ci-dessus.

IV-3 Date d'effet et durée de l'adhésion au contrat :

Le contrat prend effet au jour de la réception de la demande de souscription par ASSU 2000. Cette date est précisée aux Dispositions Particulières.

Le contrat est souscrit pour une durée allant de la date d'effet de la souscription au dernier jour du mois précédant la date d'échéance principale du contrat indiquée aux Dispositions Particulières.

Il est ensuite reconduit automatiquement d'année en année à compter de la date de l'échéance principale mentionnée aux Dispositions Particulières. Les garanties sont accordées à partir des éléments que le souscripteur a déclarés de bonne foi sur ses Dispositions Particulières. Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit d'invoquer la nullité de l'adhésion sans remboursement des cotisations.

Il n'existe pas d'adhésion à effet rétroactif sauf pour l'enfant nouveau-né ou adopté inscrit dans les 2 mois de sa naissance ou adoption.

IV-4 Faculté de renonciation :

La faculté de renonciation est applicable uniquement en affaire nouvelle à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance, fixée par les articles L.112-2-1 et L112.9 du Code des assurances.

Vous avez la possibilité de renoncer à la souscription de ce contrat dans un délai de 14 jours (cachet de la poste faisant foi) après sa souscription (à compter du jour de l'émission des Dispositions Particulières) par lettre recommandée avec accusé de réception à ASSU2000 sous réserve qu'aucune garantie n'ait été mise en jeu.

L'article L.112-2-1 du Code des assurances précise :

« Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. »

L'article L112.9 du Code des assurances énonce :

« 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 ».

Modèle de lettre type de renonciation :

Je soussigné(e) (nom, prénom et numéro d'adhérent), demeurant à (adresse), renonce à mon contrat (N° nom et numéro du contrat) souscrit auprès de (nom de l'Assureur) conformément (cochez la case concernée) :

☐ à l'article du L.112-2-1 du Code des Assurances dans le cadre d'une souscription à distance ;

☐ à l'article L. 112-9 du Code des Assurances dans le cadre d'un démarchage à domicile.

J'atteste n'avoir connaissance à la date de l'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat.

Date et signature du souscripteur

V. CESSATION DU CONTRAT

A l'initiative du Souscripteur

Le contrat prend fin pour chaque bénéficiaire à compter de la date à laquelle :

- il n'est plus affilié à un régime français légal d'assurance maladie obligatoire.

Le souscripteur peut mettre fin au contrat :

- chaque année au moins 2 mois avant la date d'échéance principale du contrat ;
- dans les 3 mois suivant une modification de la situation telle que décrite au paragraphe VI -lorsque celle-ci a un effet sur les risques garantis par le contrat défini dans les articles L.113-16 et R.113-6 du Code des Assurances ;
- pour tout assuré qui peut bénéficier de la CMU complémentaire.
- En cas de révision de la cotisation prévue au paragraphe XX.

Comment ? La demande de résiliation doit intervenir par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à ASSU 2000. Elle doit indiquer la nature, la date de l'événement et être accompagnée des pièces justificatives.

La résiliation prend effet un mois après la notification.

A l'initiative de l'Assureur :

- si une cotisation n'a pas été versée à l'expiration d'un délai de dix jours après la date d'échéance, l'Assuré recevra une lettre recommandée de mise en demeure.

Si la cotisation n'est pas intégralement payée dans un délai de quarante jours après l'envoi de ce pli recommandé, son contrat sera résilié.

Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure sont à la charge de l'Assuré.

- en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de la part de l'Assuré

Résiliation de plein droit

Le contrat cesse de plein droit à effet immédiat en cas de décès de l'Assuré et pour tous les bénéficiaires qui s'y rattachent.

Après la date de cessation du contrat :

- Les soins dispensés ou les dépenses engagées sont exclus de la garantie.

- Et toutes les attestations d'assurance de tiers-payant doivent être restituées immédiatement. Les prestations indûment prises en charge seront remboursées à l'Assureur.

VI. OBLIGATION D'INFORMATION

Pour l'Assuré :

Chaque Assuré doit, par écrit, informer ASSU 2000 et justifier auprès de lui dans le mois de la survenance d'un des événements suivants : changement de nom, changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime social, changement de composition de la famille et changement de coordonnées bancaires si la cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique. En effet, une déclaration intentionnelle fautive ou incomplète, une réticence, une omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Pour le Délégué de gestion de l'Assureur :

L'Adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage d'ASSU 2000, des assureurs, réassureurs et des organismes professionnels concernés (Loi Informatique et Liberté 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée).

TITRE II : LES GARANTIES

VII. LES DEFINITIONS PRINCIPALES

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Par extension les intoxications alimentaires et les fausses-couches sont considérées comme un accident.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. (Sont également considérées comme maladie : les infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, les ruptures d'anévrisme, les syncopes, les crises d'épilepsie sauf si elles sont la conséquence directe d'un accident).

Année d'assurance

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Bénéficiaire

On comprend bénéficiaire par l'Assuré et ses ayants-droits désignés au contrat soit l'Assuré, son conjoint, concubin ou pacsé, les enfants de l'Assuré ou du conjoint ou tiers assuré fiscalement à charge.

Ostéopathes, chiropracteurs et étioopathes

Consultations délivrées par des professionnels inscrits au SIRET et présents sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle en application de l'article 75 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

Vaccin non remboursé

Vaccins et rappels médicalement prescrits et non remboursés par le régime obligatoire (vaccin anti-grippe et vaccins obligatoires ou recommandés des séjours à l'étranger).

Contraception

Ensemble des moyens de contraception mis à disposition des bénéficiaires prescrit médicalement et non remboursé par le régime obligatoire : pilules, patch, anneau, stérilet, implant, ... et non prescrits : contraception d'urgence et du préservatif.

Panier de soins en auto médication

Ensemble de médicaments d'automédication répertoriés.

Hospitalisation

Tout séjour soit en ambulatoire, soit d'au moins 24 h dans un établissement de soins public ou privé **conventionné**

- ▶ dit de court séjour incluant les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

- ▶ dit de moyen séjour incluant les soins nécessaires au rétablissement du bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

On comprend aussi l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour.

Frais d'accompagnant

Frais d'hébergement ou de repas engagés par l'accompagnant désigné par l'Adhérent et liés à une hospitalisation en cours dont la prise en charge a été délivrée.

Cette prestation est délivrée 20 jours par an et par bénéficiaire.

Implants dentaires

L'implant dentaire est une racine artificielle ancrée dans l'os de la mâchoire par un implantologue. Il sert à remplacer la racine d'une dent abîmée ou arrachée et à soutenir une prothèse.

Régime Obligatoire (RO)

Régime légal d'assurance maladie obligatoire.

Tarif de convention ou de responsabilité ou Base de Remboursement

Tarifs de référence déterminés conventionnellement ou par les Pouvoirs Publics fixant la valeur des actes et fournitures médicaux servant de base au calcul des prestations des régimes obligatoires.

Délai d'attente

Période décomptée entre la date de la prise d'effet de l'adhésion au contrat et la date d'entrée en vigueur effective de la garantie.

Ticket modérateur

Fraction du tarif de référence qui reste à la charge du bénéficiaire après intervention du Régime Obligatoire.

Supplément de remboursement

Correspond à un montant forfaitaire alloué par an à chaque bénéficiaire en complément ou non d'une prestation dentaire ou optique remboursée par le RO, limité comme indiqué au certificat d'adhésion.

Bonus fidélité

Le montant du supplément de remboursement sur les modules dentaires et optique est revalorisé en 2^{ème} année et 3^{ème} année du contrat. Le montant de la 3^{ème} année est appliqué les années suivantes.

Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet du contrat de l'Adhérent dans la garantie souscrite.

Les bonus ne sont pas cumulables d'année en année, ni reportables.

VIII. L'INVENTAIRE SYNTHETIQUE DES MODULES ET DES NIVEAUX

DE GARANTIES

L'Adhérent a accès, dans les conditions précisées ci-après, à 4 modules de garanties définis ci-dessous :

- **Module 1** : concerne les soins courants (honoraires médicaux, paramédicaux), la pharmacie et la prévention.
- **Module 2** : concerne les soins et la prothèse dentaire ainsi que l'orthopédie dento-faciale.
- **Module 3** : concerne l'optique, l'orthopédie et les appareillages.
- **Module 4** : concerne l'hospitalisation médicale et chirurgicale, la maternité et les cures thermales.

Chaque module comporte plusieurs niveaux de garanties.

La détermination des garanties, leurs modalités d'application, le contenu des modules et des niveaux de garanties sont décrits au certificat d'adhésion correspondant à la situation particulière de l'Adhérent.

IX. LA DETERMINATION DES COMBINAISONS DES GARANTIES

La souscription des 4 modules de garanties est obligatoire.

Afin de favoriser la personnalisation des garanties, l'Adhérent dispose du choix de souscrire les 4 modules dans les conditions suivantes :

- le niveau des garanties du module 1 conditionne le choix des niveaux des modules 2, 3 et 4 ;
- le niveau des garanties de chacun des modules 2, 3 et 4 doit être égal ou contigu au niveau du module 1.

La combinaison des 4 modules au niveau A constitue le minimum obligatoire.

Le choix des 4 modules s'applique à l'ensemble des bénéficiaires d'une adhésion au contrat.

X. LES CONDITIONS D'ACCES AUX MODULES ET AUX NIVEAUX DES GARANTIES

Les limites d'âges à l'adhésion précisées ci-dessous s'appliquent à chaque niveau de garanties correspondant à chacun des 4 modules souscrits par l'Adhérent.

Tableau résumé des limites d'âge	NIVEAUX DE GARANTIES			
	A	B	C	D
4 MODULES DE GARANTIES	Sans limite d'âge			80 ans
1 soins courants et pharmacie				
2 dentaire				
3 optique et appareillages				
4 hospitalisation, cures thermales, maternité				

L'âge de chaque bénéficiaire est calculé par différence de millésime (différence entre l'année en cours et l'année de naissance).

La détermination des garanties, leurs modalités d'application, le contenu des modules et des niveaux de garanties sont décrits aux Dispositions Particulières correspondant à la situation particulière de l'Assuré.

XI. LES DELAIS D'ATTENTE

Aucun délai d'attente n'est prévu pour tous les soins dispensés ou les dépenses engagées à compter de la date de prise d'effet du contrat à l'exception de :

Tableau résumé de prise d'effet des garanties	NIVEAUX DE GARANTIES			
4 MODULES DE GARANTIES	A	B	C	D
1 soins courants et pharmacie	Sans délais d'attente			
2 dentaire				
3 optique et appareillages				
4 hospitalisation ⁽¹⁾ cures thermales ⁽²⁾ , maternité ⁽³⁾	3 mois sauf accident			

⁽¹⁾ seuls les séjours qui débutent à l'expiration du délai d'attente sont garantis. Les séjours commencés avant cette date ne sont pas couverts, quelle que soit leur durée.

⁽²⁾ pour les prestations « cure thermique » un délai d'attente de 6 mois est conservé.

⁽³⁾ l'indemnité de naissance ou d'adoption prévue au contrat est versée à la condition que :

► la période de garantie du contrat ait été souscrite au moins 9 mois avant la date de naissance ou d'adoption ;

► l'enfant soit inscrit à l'assurance dans les 2 mois qui suivent l'événement.

Cette indemnité est doublée en cas de naissance multiple.

Les cas de dérogation où la garantie s'applique immédiatement quelle que soit la garantie sont :

- **en cas de reprise**, d'une adhésion auprès d'un précédent Assureur dans la limite des anciennes garanties ou de souscription à la suite d'une sortie « CMU » et sous réserve :

► de la présentation d'un certificat de radiation décrivant les garanties acquises ou de la justification de fin de droit CMU.

► que la précédente adhésion ait été souscrite pour une durée au moins égale à 1 an ;

► et que l'interruption des garanties soit inférieure ou égale à 2 mois.

- **en cas d'accident**, la preuve du caractère accidentel incombe aux bénéficiaires ;

- en cas d'adhésion de bénéficiaires dans les cas suivants : mariage, Pacs ou changement de régime.

- **pour l'enfant nouveau-né ou adopté** dès lors que son inscription à l'assurance est demandée à ASSU 2000 dans les 2 mois qui suivent la naissance ou la date de jugement de l'adoption. Dans ce cas, la date de prise d'effet de l'adhésion correspond au jour de la naissance ou de l'adoption.

- **en cas de changement de garantie.**

La détermination des garanties, leurs modalités d'application, le contenu des modules et des niveaux de garanties sont décrits aux Dispositions Particulières correspondant à la situation particulière de l'Assuré.

XIII. LES MODIFICATIONS DE GARANTIE EN COURS DE CONTRAT

Changement de garantie

Toute demande de modification de formule de garantie ne peut se faire qu'à l'échéance principale. Elle doit être effectuée par courrier daté et signé adressé par l'Assuré à ASSU 2000.

Elle doit être adressée au plus tard dans les 30 jours qui précèdent la date d'échéance principale du contrat. Sous réserve de l'accord de l'Assureur, ce changement prendra effet à compter du premier jour du mois suivant. Elle fera l'objet, à cette date, d'un avenant au contrat.

Cette demande est recevable à la condition de satisfaire aux limites d'âges prévues au paragraphe X.

En cas d'augmentation de garantie, la nouvelle souscription est exonérée des délais d'attente prévus au paragraphe XI.

Il ne sera accepté qu'une demande de modification tous les 2 ans.

Changement de domicile

Le changement de domicile doit être signalé par écrit et justifié dans les 3 mois de sa survenance.

Ce changement peut entraîner un ajustement de la cotisation.

Le défaut de déclaration peut être sanctionné par un rappel de cotisations.

Changement de régime obligatoire

Le changement de régime doit être signalé par écrit et justifié dans les 3 mois de sa survenance.

Ce changement peut entraîner un ajustement de la cotisation.

Le défaut de déclaration peut être sanctionné par un rappel de cotisations.

Suppression de bénéficiaires

La demande de suppression doit être signalée par écrit.

Toute suppression de bénéficiaire doit être dûment justifiée et ne peut intervenir qu'à l'échéance principale.

En cas de décès, l'adhésion cesse de plein droit à effet immédiat.

XIV. LES EVENEMENTS NON GARANTIS

La garantie de l'Assureur n'est pas acquise :

- **les actes non reconnus par les régimes obligatoires sauf actes prévus dans le tableau des garanties ;**

- **les actes ou soins ayant une date de soins ou d'achat antérieurs à la prise d'effet du contrat ;**

- les actes ou soins ayant une date de soins ou d'achat postérieurs à la résiliation sauf celles pour lesquelles les droits étaient antérieurement réunis.

- les actes ou soins ayant débuté pendant la période délais d'attente ;

- les demandes de remboursement présentées au-delà de 2 ans à date des soins ;

- les soins engagés à l'étranger sans prise en charge du régime obligatoire ;

- les traitements médicaux ou chirurgicaux à caractère esthétique non consécutifs à un accident garanti ;

- les séjours dans les établissements ou les services :

▶ dits de long séjour incluant les soins de longue durée 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 ;

▶ spécialisés dans les traitements et cures de rajeunissement et du sommeil, amaigrissement, désintoxication alcoolique, de stupéfiants et autres substances d'addiction, thalassothérapie ;

- les établissements médico-sociaux ;

- les séjours dans les établissements non conventionnés ;

- les actes dentaires, l'équipement optique et tous soins garantis au titre du contrat ne donnant pas lieu à un remboursement du RO seront pris en charge au titre de la garantie seulement s'ils sont réalisés ou achetés en France métropolitaine et DOM ;

- en dentaire :

▶ toute demande de remboursement d'implant dentaire formulée avant la phase de la pose du pilier prothétique ne peut donner lieu au paiement du supplément de remboursement ;

▶ les couronnes provisoires sont exclues du supplément de remboursement ;

- sont exclues de toute prise en charge les lunettes et lentilles autres que correctrices.

Conformément à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application, les garanties du présent contrat dit responsables ne prennent pas en charge, quelle que soit la formule choisie :

- la participation forfaitaire et les franchises médicales prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;

- les pénalités consécutives au hors parcours de soins :

- soit la majoration du ticket modérateur à la charge des bénéficiaires en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou les dépassements d'honoraires résultant du non-respect du parcours de soins ;

- les actes et prestations pour lesquels le bénéficiaire n'aurait pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter son dossier médical personnel et de le renseigner.

TITRE III : LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

XV. LES MODALITES DE REGLEMENT

La gestion de votre contrat est confiée au Service Santé et Prévoyance ASSU 2000. Tout dossier de demande de remboursement est à adresser :

par courrier : ASSU 2000

Service Santé et Prévoyance

40 avenue de Bobigny

93131 NOISY LE SEC CEDEX

ou par téléphone : 01 48 10 15 81

par mail : servicesante@assu2000.fr

Dès lors que l'Assuré en fait la demande, il peut bénéficier du service de la télétransmission de ses décomptes de prestations chaque fois qu'un accord en ce sens a été conclu entre sa caisse d'assurance maladie obligatoire et le délégataire de gestion.

En absence de télétransmission volontaire ou défaillante, l'Assuré doit transmettre les originaux des décomptes de règlement du régime obligatoire au plus tard dans l'année qui suit.

Le paiement des prestations est effectué, dans les meilleurs délais à partir de la réception des documents justificatifs.

Les remboursements des prestations sont versés par virement au bénéficiaire principal désigné au contrat.

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

Attention : le délai de forclusion est fixé à 2 ans pour l'ensemble des prestations à compter de la date des soins.

L'Assureur peut demander tout justificatif (facture, prescription, note d'honoraires...) ou tout renseignement complémentaire d'ordre administratif ou médical.

Si l'Assuré considère que la fourniture de ces documents revêt un caractère confidentiel, il peut les adresser directement au Médecin Conseil en rappelant les références de son contrat.

La non-fourniture des justificatifs ou des renseignements demandés entraîne le non-règlement des prestations.

L'Assuré doit fournir les justificatifs supplémentaires suivant :

- les factures détaillées acquittées comportant le numéro d'identification du professionnel de santé (FDA)
- les prescriptions médicales (PM)
- les détails des dépenses ou travaux devisés(D)

En cas de prestation telles que :

Consultation ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes	FDA
Forfait automédication	FDA
Sevrage tabagique	FDA + PM
Traitement anti-paludéen	FDA + PM
La contraception prescrite	FDA + PM
La contraception d'urgence et préservatifs	FDA
Vaccins	FDA + PM
Travaux dentaires nécessitant la pose de prothèses hors nomenclature, les soins de parodontologie ou d'implantologie, l'orthodontie refusée ;	FDA + PM + D
L'opération de la myopie	FDA+PM
Les prothèses auditives	FDA+PM
Les dépassements d'honoraires	FDA
Les frais d'accompagnement	FDA
Les cures thermales	FDA
Les dépassements d'honoraires chirurgicaux	FDA

Les justificatifs sont à la charge de l'Adhérent.

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, l'Assuré peut bénéficier de la prise en charge des frais laissés à sa charge après intervention de son régime légal d'assurance maladie obligatoire. Le délégataire réglera dans la limite des garanties du contrat le montant de la participation de l'Assureur directement auprès de l'établissement concerné : les frais en secteur conventionné pour le ticket modérateur, le forfait hospitalier, le TMF ou la chambre particulière.

Pour la maternité : joindre un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille.

En cas d'accident d'un bénéficiaire, l'Assuré doit préciser la nature, la date, le lieu, les circonstances de cet accident, le nom, le prénom, l'adresse du responsable supposé et si possible des témoins, en indiquant si un procès-verbal a été établi par une autorité compétente.

Le tiers-payant

Par ailleurs, les bénéficiaires disposent de la délégation de paiement en complément de la procédure de tiers payant mise en œuvre par le Régime Obligatoire.

A cet effet une attestation d'assurance est adressée à l'Assuré séparément des Dispositions Particulières. Elle sera ainsi périodiquement renouvelée sous réserve du paiement des cotisations.

L'utilisation de cette attestation n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Assuré est à jour de ses cotisations au jour de son utilisation.

La désignation de prestations sur l'attestation n'implique pas de façon systématique le service tiers payant.

Les prestations sont calculées selon le niveau de garantie choisi et quel que soit le taux de prise en charge par le Régime Obligatoire.

Les garanties exprimées en forfait, supplément de remboursement ou plafond sont délivrées par année de contrat sans possibilité de report d'une année sur l'autre.

Le remboursement des prestations de frais de soins occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ont un caractère indemnitaire conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi N° 89-1009 du 31/12/1989, Loi Evin. L'indemnité ne peut excéder le montant des frais restant à charge des bénéficiaires.

XVI. L'ARBITRAGE

Les décisions de l'Assureur, prises en fonction des conclusions du médecin délégué, sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé ; elles s'imposent à lui s'il n'en a pas contesté le bien fondé, par lettre recommandée, dans les 2 mois suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée.

En cas de désaccord entre l'Assureur et l'Assuré (ou ses ayants-droit en cas de décès), chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces 2 premiers médecins, ceux-ci s'en adjoignent par voie amiable ou judiciaire, un 3^{ème} pour les départager.

Les honoraires et les frais relatifs à l'intervention de chacun des 2 premiers médecins sont à la charge de la partie qui l'a désigné, ceux concernant le 3^{ème} médecin sont supportés par moitié par les 2 parties.

XVII. LA SUBROGATION

L'Assureur est subrogé dans les droits et actions du bénéficiaire contre les responsables éventuels des dommages qu'il a subi, à concurrence des prestations versées au(x) bénéficiaire(s) effectuées par lui.

TITRE IV : LES COTISATIONS

XVIII. LA FIXATION DES COTISATIONS

Le tarif est établi en fonction :

- de la formule de garanties ;
- du Régime Obligatoire ;
- de l'âge calculé par différence de millésimes (différence entre l'année en cours et l'année de naissance) ;
- de la domiciliation du contrat ;
- et du nombre de bénéficiaires au contrat en fonction de leur statut.

La cotisation annuelle est fixée à la souscription du contrat et payable d'avance. Elle est mentionnée aux Dispositions Particulières avec le choix du fractionnement choisi.

Le premier règlement de cotisation à régler correspond à la fraction de la cotisation appelée de la date d'effet du contrat jusqu'à la date du prochain règlement.

Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'Assuré.

XIX. L'EVOLUTION ANNUELLE DE LA COTISATION

La cotisation évolue à chaque échéance principale du contrat en fonction de :

- l'âge de l'Assuré et des bénéficiaires sauf pour les enfants. La cotisation « enfant » est forfaitaire jusqu'à 21 ans inclus. Dès lors qu'un bénéficiaire atteint l'âge de 22 ans (en année millésime) il perd la qualité d'enfant au sens du contrat. Il lui sera appliqué au

terme de son 22ème anniversaire un tarif adulte correspondant à son âge.

- de l'évolution de la Consommation Médicale Totale des ménages publiée dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.
- suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait modifier la participation des régimes obligatoires, entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'Assureur.
- ainsi que des résultats techniques du contrat constatés sur une année.

XX. LA REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations et les garanties peuvent être révisées à effet immédiat lorsque la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée des engagements de l'Assureur.

La révision intervient lors du paiement de l'échéance qui suit la modification,

En cas de désaccord, le Souscripteur dispose du droit de mettre fin à son adhésion en adressant une lettre recommandée dans les 15 jours suivant la date de réception de cet avis d'échéance à :

ASSU 2000
Service Santé et Prévoyance
40 avenue de Bobigny
93131 NOISY LE SEC CEDEX

La cessation de l'adhésion prend effet 1 mois après l'expédition de cette lettre recommandée. Dans ce cas la nouvelle cotisation correspondant à la période allant jusqu'à la date de cessation du contrat doit être acquittée par l'Assuré.

PARTIE II : LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Objet

La présente convention a pour objet de définir les termes et les conditions de mise en œuvre de garanties d'assistance santé accordées aux bénéficiaires du contrat santé Biopass.

Définitions

Personne Bénéficiaire

Toute personne bénéficiant d'un contrat d'assistance à domicile, son conjoint, son concubin, les ascendants, descendants fiscalement à charge, vivant habituellement sous le même toit ainsi que leurs employés de maison et les enfants mineurs dont l'adhérent à la garde à titre bénévole.

Bénéficiaire

Le souscripteur du contrat santé Biopass et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, les enfants célibataires âgés de moins de 25 ans et les tiers-parents vivant au domicile du souscripteur et fiscalement à charge.

Membres de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait.

Domicile

Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu.

Il est situé en France Métropolitaine.

Territorialité

Les garanties « Assistance Santé à domicile » et « Assistance Info/Conseil » s'exercent en France uniquement.

France

France métropolitaine. Les Principautés d'Andorre et de Monaco sont conventionnellement intégrées sous cette définition.

Maladie

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

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.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire.

Hospitalisation imprévue

Séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire avant son déclenchement.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale et d'une durée supérieure à 2 jours.

Animaux domestiques

Animaux familiers (chiens et chats uniquement et 2 maximum) 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.

Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

Fait générateur

Assistance au domicile : Hospitalisation, immobilisation au domicile ou décès

Assistance Info/Conseil : Demande de renseignements.

GARANTIES D'ASSISTANCE SANTE A DOMICILE

1.01 Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

Sur demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, l'équipe médicale d'AXA Assistance recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour du domicile du bénéficiaire.

1.02 Livraison de médicaments à domicile

En cas d'incapacité de se déplacer du bénéficiaire ou de l'un de ses proches, AXA Assistance organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale (ordonnance) de moins de 3 mois.

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

Cette garantie est accordée dans les 30 jours qui suivent la date de l'incident.

Assistance en cas d'hospitalisation d'un ou des deux parents

1.03 Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 16 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 par un personnel qualifié au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 24 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'événement avec un minimum de 3 heures consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école ou à la crèche. 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.

AXA Assistance organise et prend en charge un taxi pour accompagner les enfants à leurs activités extrascolaires (musique, sport...). La garde d'enfant accompagnera l'enfant dans le cadre de ses heures de garde. Les frais de taxi sont pris en charge à concurrence d'un forfait de 80€ TTC par hospitalisation ou par événement. 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 deux interventions par année civile.

Au-delà de deux interventions par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

Assistance en cas d'immobilisation au domicile d'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans

1.04 Garde des enfants malades

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 2 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 30 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'événement avec un minimum de 3 heures consécutives.

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 deux interventions par année civile.

Au-delà de deux interventions par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

1.05 Soutien pédagogique / Ecole à domicile

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 du cours préparatoire à la terminale.

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

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

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

Au-delà de deux interventions par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

Assistance en cas d'hospitalisation, d'immobilisation au domicile, de séjour en maternité ou en cas de décès

1.06 Présence d'un proche

En cas d'hospitalisation imprévue du bénéficiaire ou de son conjoint d'une durée supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 8 jours, AXA Assistance organise et prend en charge un titre de transport (billet aller - retour en avion classe économique ou en train 1ère classe) pour un membre de la famille ou un proche résidant en France métropolitaine, afin de se rendre au chevet du bénéficiaire.

Cette garantie est accordée si aucun membre de la famille du bénéficiaire ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de domicile.

Cette prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du bénéficiaire.

Le service assistance organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel pendant 4 nuits maximum à concurrence de 50 EUR par nuit (chambre et petit déjeuner uniquement).

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

1.07 Aide ménagère à domicile

Pendant, ou à la suite immédiate d'une hospitalisation imprévue pour une durée supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 8 jours du bénéficiaire ou de son conjoint, 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.

Cette aide-ménagère aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

AXA Assistance prend en charge 30 heures réparties dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives par jour.

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 prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du bénéficiaire.

Cette garantie est limitée à deux interventions par année civile.

Au-delà des deux interventions par an; AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

1.08 Garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'extérieur)

En cas d'hospitalisation imprévue du bénéficiaire ou de son conjoint d'une durée supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 8 jours et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, AXA Assistance organise et prend en charge le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile, à concurrence de 230 EUR par évènement et pour l'ensemble des animaux.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

Cette prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du bénéficiaire.

1.09 Garde malade à domicile

A la suite d'une hospitalisation imprévue du bénéficiaire ou de son conjoint d'une durée supérieure à 5 jours et sur prescription médicale, AXA Assistance organise et prend en charge les services d'une garde malade pour qu'elle se rende au chevet du bénéficiaire, pendant 24 heures en continue ou fractionnées à concurrence de 4 heures minimum consécutives.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident.

Assistance en cas d'affection de longue durée*

*(Tri thérapie, Quadri thérapie, Chimiothérapie (uniquement réalisée en milieu hospitalier) et Radiothérapie)

1.10 Aide-ménagère élargie

A la demande 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 15 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 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 des deux interventions par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

Cette garantie exclue les affections de longue durée dont la première survenance intervient avant la prise d'effet du contrat.

1.11 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 interruptions volontaires de grossesse,
- les maladies chroniques,
- 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.

GARANTIES D'ASSISTANCE INFORMATION / CONSEIL

2.1 Information Santé Plus

L'équipe médicale d'AXA Assistance communique au bénéficiaire des informations et conseils médicaux et paramédicaux dans une logique de Prévention et afin de l'aider à mieux gérer son « Capital Santé ». Ce service est accessible de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi.

Il permet de fournir au bénéficiaire tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

Santé au quotidien : maladies infantiles, allergies, diététique, vaccination, petits bobos...

Santé en voyage : vaccins obligatoires et conseillés selon le pays de destination, précautions d'hygiène, équivalence des médicaments à l'étranger, les informations sur la carte européenne d'assurance la procédure de règlement des frais médicaux à l'étranger les informations d'ordre général sur la santé :

Hygiène de vie: facteurs de risques (tabac, alcool, drogues, pollution, alimentation, sports, stress...), contre-indications courantes (activité, lieu de vie, climat...), hygiène corporelle (bucco-dentaire etc...).

Pathologies : informations générales (nature, symptômes, traitements...), maladies « orphelines »...

Prévention des maladies graves : quels dépistages, quand et pour quels risques (cancers, problèmes cardio-vasculaires etc...), sensibilisation à certains risques (exposition au soleil...) et conseil appropriés...

Techniques nouvelles : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, tri thérapie, transplantations et greffes d'organes, chirurgie ophtalmique...

Examens médicaux : nature des différents types d'examens et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographies, scintigraphies etc...), indications, normes...

Coordonnées utiles : centres de consultation pour un complément d'avis médical...et établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme etc...), associations de malades urgences : SAMU, pompier, centre antipoison, vaccination, structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) et structures d'accueil en cas d'hospitalisation d'un proche ou d'un enfant ; associations de malades : diabétiques, paralysés, aide-ménagère, garde d'enfants malades, portage de repas...

Données administratives : aides au maintien au domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées...

Informations administratives et sociales : aides sur les droits et les démarches administratives et sociales auprès des organismes sociaux.

L'intervention du médecin ou du diététicien se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, AXA Assistance conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste ou son opticien ou son diététicien.

2.2 Informations et conseils « obsèques »

AXA Assistance met à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches, un service d'informations téléphoniques sur les formalités et démarches lors d'un décès, accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

Selon les cas, AXA Assistance devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

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

Les thèmes sont les suivants :

- Les démarches facultatives :
 - . les obsèques civiles ou religieuses
 - . les prélèvements d'organes
 - . le don du corps
 - . la crémation
- Les démarches après le décès :
 - . la constatation
 - . la déclaration
 - . les papiers à demander
 - . les organismes à prévenir
 - . les dispositions financières
- Les réglementations particulières :
 - . les soins de conservation
 - . les chambres funéraires
 - . le transport
 - . les cimetières et concessions
- L'organisation des obsèques :
 - . les services de pompes funèbres
 - . l'inhumation
 - . le coût des obsèques

2.3 Transmission de messages urgents

Si le bénéficiaire est dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, AXA Assistance se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant du bénéficiaire vers les membres de sa famille, ses proches ou son employeur. AXA Assistance peut également servir d'intermédiaire en sens inverse. Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, AXA Assistance ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

Exclusions communes à toutes les garanties

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 :

- 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 frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;
- 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'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, d'actes de terrorisme, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par 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.

Conditions restrictives d'application

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.

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.

Conditions générales d'application

Validité des garanties

Les garanties de la présente convention sont acquises à toute personne bénéficiaire de cette convention, pendant la durée de validité du contrat d'assurance à jour de cotisation, sous réserve que la présente convention n'ait pas été résiliée.

Mise en jeu des garanties

AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour effectuer l'ensemble des garanties prévues dans la convention. 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.

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.

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.

Cadre juridique

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.

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.

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'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente convention.

Prescription

La prescription est le délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise. Conformément à l'article R 112-1 du Code des Assurances, les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du même code reproduits ci-après :

Article L 114-1 du Code des Assurances

Toutes les actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de 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 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.

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.

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.

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code Civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr

Article 2240 du Code Civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code Civil

La demande en justice, même en référé, 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 2242 du Code Civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 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 2244 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 2245 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 2246 du Code Civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

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.

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 ou le cas échéant, d'un règlement par le médiateur, sera porté devant la juridiction compétente.

Autorité de contrôle

AXA Assistance France Assurances est soumise à l'Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles située 61, Rue Taitbout 75009 Paris France.

En cas d'événement nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches et doit être adressée directement :

▪ **par téléphone : 01 55 92 27 50**

▪ par télécopie : 01 55 92 40 50

▪ par télex : 634307F/UPAST

▪ par télégramme :

« AXA Assistance France Assurances »

6 rue André Gide - 92320 Châtillon

accessible 24h/24, 7 jours / 7 sauf mentions contraires

en indiquant :

- ✓ le nom et le n° **500 39 64** de la convention souscrite,
- ✓ le nom et le prénom du bénéficiaire
- ✓ l'adresse exacte du bénéficiaire,
- ✓ le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

ASSU 2000
Service Consommateurs

40 avenue de Bobigny
93130 Noisy-le-Sec

Pour connaître l'adresse de l'agence la plus proche de chez vous :

01 48 10 15 00

ou

www.assu2000.fr

