VII. PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

PARTIE 1 : Dispositions Générales

Maj. au 01/01/2022

❖ PREVOYANCE

➢ **Avenant de révision n°2 de révision *du 21 juin 2021* de l'accord collectif relatif au régime de prévoyance du 19 décembre 2007**

- **Documents constituant l'annexe 2 de l'avenant de révision relatif au régime de prévoyance :**
  - *Avenant du 30 juin 2021 au contrat d'assurance signé entre la Fondation Apprentis d'Auteuil et Axa*
  - *Notice d'information afférente au 1er janvier 2022*

❖ MUTUELLE

➢ **Avenant de révision n°5 *du 17 novembre 2015* des accords collectifs relatifs au régime des frais de santé des collaborateurs cadres et non cadres du 15 décembre 2004**

- **Documents constituant l'annexe 2 de l'avenant de révision relatif au régime frais de santé :**
  - *Contrat frais de santé signé entre la Fondation Apprentis d'Auteuil et Axa*
  - *Notice d'information afférente au 1er janvier 2018*

APPRENTIS D'AUTEUIL

1.

PREVOYANCE

AVENANT DE REVISION N°2

du 21 juin 2021

DE L'ACCORD COLLECTIF RELATIF AU REGIME DE PREVOYANCE

du 19 décembre 2007

ET

DE SON AVENANT DU 17 NOVEMBRE 2015

AU SEIN DE LA FONDATION APPRENTIS D'AUTEUIL

Dans le cadre de la rénovation de la convention d'entreprise en cours, les dispositions suivantes feront l'objet d'une réécriture dans les mois à venir. Dans cette attente, elles demeurent applicables.

	Les dispositions de cet accord sont applicables **à l'ensemble des salariés liés par un contrat de travail à la Fondation Apprentis d'Auteuil.**

Sommaire

- Entrée en vigueur 5
- Durée 5
- Révision 5
- Dénonciation 6

ARTICLE 1 – GARANTIES 6

ARTICLE 2 – CERTIFICAT MEDICAL DETAILLE (CMD) OBLIGATOIRE ET SERVICE D'AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI FACULTATIF 7

ARTICLE 3 – FINANCEMENT DES GARANTIES 7

3.1. - Taux, Assiette et Répartition des cotisations 7

3.2. - Evolution 8

ARTICLE 4 – CONTROLE ET SUIVI SPECIFIQUE DU REGIME 9

ARTICLE 5 – INFORMATION DES SALARIES 9

ARTICLE 6 – DEPOT ET AFFICHAGE 9

AVENANT DE REVISION DE L'ACCORD COLLECTIF RELATIF A LA PREVOYANCE

ENTRE :

La Fondation Apprentis d'Auteuil, dont le siège social est situé 40 Rue Jean de la Fontaine, 75781 cedex 16, représentée par Monsieur Nicolas TRUELLE, en sa qualité de Directeur Général,

D'une part,

ET :

Les organisations syndicales représentatives suivantes :

La FEP-CFDT représentée par Monsieur Sébastien PILLIAS en qualité de Délégué syndical central,

La Fédération CFTC Santé-Sociaux représentée par Monsieur Guillaume LEONARDI en qualité de Délégué syndical central,

L'UFAS-CGT représentée par Monsieur Jean-Luc LE DANTEC en qualité de Délégué syndical central,

La FNAS-FO représentée par Monsieur Daniel LAURENT en qualité de Délégué syndical central,

D'autre part,

Ci-après dénommées ensemble « les parties ».

PREAMBULE :

La Direction et les partenaires sociaux ont convenu de la nécessité de réviser l'avenant de révision en date du 17 novembre 2015 et relatif au régime de prévoyance du 19 décembre 2007. Cela est apparu nécessaire car le taux de sinistralité a augmenté de façon exponentielle.

Les garanties du contrat ont été maintenues sans modification depuis 2016 avec également un maintien des taux de cotisation en 2017 et en 2018. Le ratio de sinistralité du compte de résultats après une baisse en 2017 n'a cessé de croître depuis pour atteindre un taux de 223% en 2019 et un taux moyen de sinistralité depuis 2016 de 184%. Cela a eu comme conséquence des hausses de cotisations intervenues depuis 2019 à raison d'une augmentation de 10% des cotisations par an. Le taux de sinistralité a été particulièrement élevé dans la partie arrêt de travail.

Ces augmentations de 10% des cotisations n'ont pas été suffisantes pour enrayer le déficit et retrouver l'équilibre.

C'est dans ce contexte qu'en accord avec les organisations syndicales signataires de l'accord collectif relatif au régime de prévoyance du 19 décembre 2007, la Direction et les organisations syndicales représentatives se sont réunies au cours du premier trimestre 2021 aux fins d'engager les discussions relatives à la révision du dit avenant.

Pour cela, au cours des échanges, le courtier est intervenu à plusieurs reprises afin d'aider les délégations syndicales centrales et la Direction dans la compréhension de la situation actuelle du régime de prévoyance et d'évoquer les pistes d'évolution du régime permettant de contribuer à la baisse du déficit du contrat demandée par l'assureur.

Ces informations ont été au préalable communiquées à la Commission Prévoyance et au CSE-Central et ont, dans tous les cas, été communiquées à l'ensemble des délégations syndicales centrales au fur et à mesure des réunions de négociation.

Le présent avenant a pour objectif de retrouver un équilibre dans le budget de la prévoyance. Les parties se sont mises d'accord sur les deux points suivants :

- la mise en place du certificat médical détaillé,
- la modification de la franchise arrêt de travail du contrat de prévoyance,
- une révision de l'augmentation maximale des cotisations exceptionnellement pour l'année 2022

Par conséquent, les articles :

- « Garanties »
- « Financement des garanties -Taux, assiette et répartition des cotisations »

sont modifiés et remplacés comme mentionné ci-dessous

L'article « CERTIFICAT MEDICAL DETAILLE (CMD) OBLIGATOIRE ET SERVICE D'AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI FACULTATIF » est ajouté.

Les autres mesures de l'avenant du 17 novembre 2015 restent inchangées.

A la fin du second semestre 2022, la direction s'engage à entamer de nouvelles négociations sur les garanties prévoyance de la Fondation et, ainsi interroger le marché des assurances en 2023.

Il est entendu que les résultats des appels d'offres seront présentés aux organisations syndicales centrales avant l'échéance du contrat de prévoyance.

Dans cette perspective une réunion de préparation afin d'établir le planning à venir et les modalités d'accompagnement dans cette démarche via un consultant externe, aura lieu avant fin octobre 2021.

CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

Le présent accord s'applique à l'ensemble des salariés de droit privé des établissements de la Fondation Apprentis d'Auteuil.

ENTREE EN VIGUEUR – DUREE

➢ Entrée en vigueur

Les mesures décrites au sein de l'article 2 du présent accord et relatives au certificat médical détaillé (CMD) entrent en vigueur le 1er juillet 2021.

Les autres mesures du présent accord entrent en vigueur le 1er janvier 2022. Ainsi, pour tous les arrêts de travail survenus avant le 1er janvier 2022, les anciennes franchises prévoyance s'appliquent. Pour tous les arrêts de travail survenus après le 1er janvier 2022, la nouvelle franchise prévoyance s'applique.

➢ Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

➢ Révision

Le présent accord peut faire l'objet d'une demande de révision par la Direction ou par une organisation syndicale habilitée au sens de l'article L 2261-7-1 du Code du travail.

Cet article dispose ainsi que :

« I. - Sont habilitées à engager la procédure de révision d'une convention ou d'un accord d'entreprise ou d'établissement :

1° Jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel cette convention ou cet accord a été conclu, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord et signataires ou adhérentes de cette convention ou de cet accord ;

2° A l'issue de cette période, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord.

La révision s'effectue selon les modalités suivantes :

- Toute demande de révision, obligatoirement accompagnée d'une proposition de rédaction nouvelle, est portée à la connaissance de chacune des autres parties signataires ou adhérentes par LRAR ou lettre remise en main propre contre décharge.

- Le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai de trois mois suivant cette formalisation, les parties doivent se rencontrer en vue de la conclusion éventuelle d'un avenant de révision.
- Les dispositions de l'accord dont la révision est demandée resteront en vigueur jusqu'à la conclusion d'un nouvel accord.

Ces stipulations relatives à l'expression d'une demande unilatérale de révision ne sont pas exclusives de la possibilité de conclure un avenant de révision à l'occasion de tout processus de négociation avec les organisations syndicales représentatives.

Dénonciation

Le présent accord peut être dénoncé en application de l'article L. 2261-9 du Code du Travail.

Le présent accord constitue un tout indivisible, il ne peut être dénoncé qu'en totalité.

La dénonciation doit être notifiée, par lettre recommandée avec accusé de réception, à chacune des autres parties signataires ou adhérentes et donner lieu à dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du Code du travail.

La dénonciation prend effet au terme d'un préavis de trois mois. A cette date, l'accord dénoncé continue de produire effet conformément aux dispositions légales pendant 12 mois à compter de la date d'expiration du préavis de dénonciation de 3 mois susvisé, sauf application d'un accord de substitution.

ARTICLE 1 – GARANTIES

Les garanties annexées au présent accord ont été élaborées par les parties au contrat d'assurance. En aucun cas, elles ne constituent un engagement pour la Fondation, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les garanties figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Concernant la garantie arrêt de travail, il est cependant précisé que :

- Pour les salariés ayant plus de 10 mois d'ancienneté, la Fondation Apprentis d'Auteuil assure le maintien de salaire à 100% de la rémunération brute sous déduction des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale pendant la période de 90 jours continus d'arrêt de travail. A compter du 91ème jour d'arrêt de travail, le régime de prévoyance prend le relais et verse l'indemnité d'arrêt de travail prévue au contrat d'assurance.
- Pour les salariés ayant moins de 10 mois d'ancienneté, la Fondation Apprentis d'Auteuil n'assure pas le maintien de salaire pendant la période de 90 jours continus d'arrêt de travail.

  Le salarié perçoit les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. A compter du 91ème jour d'arrêt de travail, le régime de prévoyance verse l'indemnité d'arrêt de travail prévue au contrat d'assurance.

ARTICLE 2 – CERTIFICAT MEDICAL DETAILLE (CMD) OBLIGATOIRE ET SERVICE D'AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI FACULTATIF

A compter du 30ème jour d'indemnisation par le contrat prévoyance, le certificat médical détaillé (CMD) est un document obligatoire pour permettre la poursuite de l'indemnisation par le contrat prévoyance. Autrement dit, avec l'application de la nouvelle franchise du contrat prévoyance qui sera de 90 jours continus à effet du 1er janvier 2022, le CMD devra être communiqué obligatoirement à l'assureur à compter du 121ème jour d'arrêt de travail puisque l'indemnisation par l'assureur débute à compter du 91ème jour.

Le CMD est obligatoire. Mais, pour les situations exceptionnelles de salariés qui seraient notamment dans l'impossibilité de se déplacer et d'obtenir le CMD, l'employeur peut demander à l'assureur de poursuivre l'indemnisation de l'arrêt de travail sans avoir reçu le CMD.

Le CMD fourni par l'assureur doit être complété et signé par le salarié. Il doit être adressé au gestionnaire du contrat prévoyance, à l'attention du médecin conseil, à partir du 30ème jour d'indemnisation du contrat de prévoyance *(30ème jour post franchise*).

Les salariés en incapacité de travail peuvent bénéficier du service d'aide au retour à l'emploi, dès lors que leur dossier correspond aux conditions de l'accord conclu avec le prestataire du service de retour à l'emploi (cf. ANNEXE 1- liste des maladies concernées dans le contrat en vigueur). Ce service est facultatif et nécessite l'accord de l'employeur et du salarié.

ARTICLE 3 – FINANCEMENT DES GARANTIES

3.1. - Taux, Assiette et Répartition des cotisations

Le financement des garanties de protection sociale complémentaire instaurées par le présent accord est assuré conjointement par l'employeur et les salariés bénéficiaires, la Fondation Apprentis d'Auteuil procédant au précompte de la quote-part de la cotisation à la charge du salarié.

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « incapacité invalidité décès » s'élèvent

Pour l'année 2021[1] :

Ces cotisations telles que précisées dans le tableau ci-dessus sont prises en charge par la Fondation Apprentis d'Auteuil et par les salariés dans les proportions suivantes :

- Pour les non cadres : 50% salarié et 50% employeur sur les tranches A, B et C des salaires
- Pour les cadres : 25% salarié et 75% employeur sur la tranche A des salaires et 50% salarié et 50% employeur sur les tranches B et C des salaires

[1] *Pour l'année 2021, il faut se référer au plafond de la sécurité sociale de 2021 (PMSS) :*
- *La tranche A correspond à la part de salaire mensuel inférieure à 1PMSS, soit jusqu'à 3 428 €,*
- *La tranche B correspond à la part de salaire mensuel située entre le PMSS et 4 PMSS, soit entre 3 428€ et 13 712€*
- *La tranche C correspond à la part de salaire mensuel située entre 4 PMSS et 8 PMSS, soit entre 13 712€ et 27 424 €*

Pour l'année 2021[2] **:**

TAUX DE COTISATION		2021		
		Total	*Part patronale*	*Part salariale*
Cadre	TA	**2,07%**	1,55%	0,52%
	TBTC	**2,31%**	1,16%	1,16%
Non Cadre	TA	**2,07%**	1,04%	1,04%
	TBTC	**2,31%**	1,16%	1,16%

3.2. - Evolution

Les parties conviennent pour l'année 2022 et ce à titre exceptionnel de procéder à une augmentation de 20% du taux global des cotisations. La décision de non augmentation des cotisations du contrat Santé pour 2022, a permis d'envisager cette augmentation exceptionnelle des cotisations de prévoyance pour 2022.

Ainsi, il est expressément convenu que les dispositions de l'avenant du 17 novembre 2015 concernant les pourcentages d'augmentation maximale applicables aux cotisations restent en vigueur pour les éventuelles augmentations à venir à compter du 1er janvier 2023.

Pour l'année 2022 :

TAUX DE COTISATION		2022		
		Total	*Part patronale*	*Part salariale*
Cadre	TA	**2,48%**	1,86%	0,62%
	TBTC	**2,77%**	1,39%	1,39%
Non Cadre	TA	**2,48%**	1,24%	1,24%
	TBTC	**2,77%**	1,39%	1,39%

[2] *Pour l'année 2021, il faut se référer au plafond de la sécurité sociale de 2021 (PMSS) :*
- *La tranche A correspond à la part de salaire mensuel inférieure à 1PMSS, soit jusqu'à 3 428 €,*
- *La tranche B correspond à la part de salaire mensuel située entre le PMSS et 4 PMSS, soit entre 3 428€ et 13 712€*
- *La tranche C correspond à la part de salaire mensuel située entre 4 PMSS et 8 PMSS, soit entre 13 712€ et 27 424 €*

ARTICLE 4 – CONTROLE ET SUIVI SPECIFIQUE DU REGIME

Le contrôle du régime, destiné notamment à veiller au maintien de son équilibre technique, est réalisé par la Direction et la Commission Logement / Prêt d'honneur / Mutuelle et Prévoyance du CSE Central.

En cas de difficulté, les parties signataires se rencontreront à l'initiative de la Direction ou de la Commission Logement / Prêt d'honneur / Mutuelle et Prévoyance du CSE Central pour arrêter les mesures propres à restaurer cet équilibre.

Par ailleurs, le suivi spécifique du dispositif est assuré par la Commission Logement / Prêt d'honneur / Mutuelle et Prévoyance du CSE Central qui a la possibilité de demander la réalisation d'un bilan d'évaluation du dispositif, plus particulièrement avec les objectifs suivants :

- Une analyse éventuelle des difficultés de gestion du dispositif,
- L'établissement des propositions d'amélioration des modalités de gestion du dispositif pouvant être soumises à l'organisme assureur ou à l'organisme gestionnaire,
- Une présentation et analyse des évolutions actuarielles du dispositif en vue d'évaluer l'éventualité d'une révision des niveaux de garanties et de financement.

Cette commission pourra également être réunie à la demande de ses membres, lorsque les circonstances le justifient.

ARTICLE 5 – INFORMATION DES SALARIES

Il est remis à chaque salarié justifiant des conditions requises pour être éligible au bénéfice du présent règlement, une notice précisant les garanties et les conditions de service des prestations.

Cette notice, envoyée par l'organisme assurant les missions de gestion, sera adressée au plus tard dans les trois mois suivants la date d'entrée en vigueur du nouveau régime ou dans les trois mois suivant la date d'embauche, pour les salariés embauchés postérieurement à l'entrée en vigueur du présent avenant.

Cette notice est actualisée autant que nécessaire et sera communiquée dans les mêmes conditions.

ARTICLE 6 – DEPOT ET AFFICHAGE

Le présent accord est signé sous format électronique.

Les parties recevront une copie de l'accord signé par le biais du prestataire de service ainsi qu'une attestation de signature électronique. Il leur sera demandé, à des fins de dépôt des accords, de nous confirmer par retour de mail la bonne réception du présent accord signé.

Passé un délai de huit jours à compter de sa notification, le présent accord est déposé, dans les formes légales à la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités *(DREETS)* de Paris et au Secrétariat Greffe du Conseil des Prud'hommes de Paris.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L.2231-5-1 du code du travail, cet accord fait l'objet d'une publication dans la base de données nationale des accords collectifs, dans les modalités définies avec les délégations syndicales centrales.

Son existence figure aux emplacements réservés à la communication avec le personnel.

Fait à Paris, le 21 juin 2021

Pour la Fondation Apprentis d'Auteuil, le Directeur Général
Monsieur Nicolas TRUELLE

Pour le syndicat FEP-CFDT
Monsieur Sébastien PILLIAS

Pour le syndicat FNAS-FO
Monsieur Daniel LAURENT

Pour la Fédération CFTC Santé-Sociaux
Monsieur Guillaume LEONARDI

Pour le syndicat UFAS-CGT
Monsieur Jean-Luc Le DANTEC

Assurances collectives
Direction Santé Prévoyance

réinventons / notre métier

AVENANT

Cotisation prévoyance

Contrat n° **27048171**

Les parties au contrat :

- LE SOUSCRIPTEUR : **FONDATION D'AUTEUIL**
40, rue Jean de la Fontaine
75116 PARIS

et

- L'ASSUREUR : **AXA France Vie - AXA France IARD**
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex

sont convenues des dispositions suivantes, à effet du **PREMIER JANVIER DEUX MILLE VINGT DEUX**.

La cotisation est fixée comme suit, en pourcentage de la base de cotisation :

- Tranche A ..... : 2,48 %,
- Tranche B ..... : 2,77 %,
- Tranche C ..... : 2,77 %.

Fait à Paris, en double exemplaire, le TRENTE JUIN DEUX MILLE VINGT ET UN.

POUR LE SOUSCRIPTEUR :

Nicolas TRUELLE
Directeur général
40 rue Jean de La Fontaine
75781 Paris Cedex 16

POUR L'ASSUREUR :

AXA France VIE
S.A. au capital de 487 725 073 C
régie par le Code des Assurances
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex
310 499 959 RCS Nanterre

Assurances collectives
Direction Santé Prévoyance

réinventons / notre métier

AVENANT

Aménagement de garanties - Prévoyance

Contrat n° **27048171**

Les parties au contrat :

- LE SOUSCRIPTEUR : **FONDATION D'AUTEUIL**
40 RUE JEAN DE LA FONTAINE
75116 PARIS

et

- L'ASSUREUR : **AXA France Vie - AXA France IARD**
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex

sont convenues, à effet du **PREMIER JANVIER DEUX MILLE VINGT DEUX** de modifier la franchise appliquée en cas d'incapacité de travail comme suit :

L'indemnité journalière est servie après une période d'arrêt continu et total de travail pour maladie ou accident, appelée "franchise", fixée à 90 jours.

Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique indemnisé comme tel par la Sécurité sociale française est prise en compte pour la détermination de la franchise, mais les congés d'accueil de l'enfant ou d'adoption ne sont pas comptabilisés.

Lorsque l'assuré ayant commencé à bénéficier de l'indemnité reprend son activité au service du souscripteur et doit l'interrompre moins de 2 mois après pour la même cause (sous réserve de l'existence du contrat), le service de l'indemnité journalière reprend dès le premier jour de la nouvelle interruption de travail.

Les autres clauses et conditions du contrat demeurent inchangées.

Fait à Paris, en double exemplaire, le 21 Juin 2021.

POUR LE SOUSCRIPTEUR :

Nicolas TRUELLE
Directeur général
40 rue Jean de La Fontaine
75781 Paris Cedex 16

POUR L'ASSUREUR :

AXA France VIE
S.A. au capital de 487.725 073 €
régie par le Code des Assurances
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex
310 499 959 RCS Nanterre

YE

Assurances collectives
Direction Santé Prévoyance

réinventons / notre métier

AVENANT

Avenant clause de participation aux résultats

Les parties au contrat :

FONDATION D'AUTEUIL
dont le siège social est
40 RUE JEAN DE LA FONTAINE
75116 PARIS
(**LE SOUSCRIPTEUR**)

et

AXA France Vie - AXA France IARD
dont le siège social est
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex
(**L'ASSUREUR**)

sont convenues, à effet du **PREMIER JANVIER DEUX MILLE DIX NEUF**, d'intégrer à la Clause de participation aux résultats les contrats suivants :

27048173, 27048174.

Fait à Paris, en deux exemplaires, le 14 janvier 2021.

POUR LE SOUSCRIPTEUR :

Nicolas TRUELLE
Directeur général
40 rue Jean de La Fontaine
75781 Paris Cedex 16

POUR L'ASSUREUR :

OD

AXA France VIE
S.A. au capital de 487 725 073 €
régie par le Code des Assurances
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex
310 499 959 RCS Nanterre

JG

Assurances collectives
Direction Santé Prévoyance

réinventons / notre métier

AVENANT

Avenant clause de participation aux résultats

Les parties au contrat :

FONDATION D'AUTEUIL
dont le siège social est
40 RUE JEAN DE LA FONTAINE
75116 PARIS
(**LE SOUSCRIPTEUR**)

et

AXA France Vie - AXA France IARD
dont le siège social est
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex
(**L'ASSUREUR**)

sont convenues, à effet du **PREMIER JANVIER DEUX MILLE VINGT**,

- de modifier les frais sur cotisations du contrat frais de santé
- de modifier l'article 2 et 3 de la clause de participation aux résultats comme suit :

Les **frais** relatifs au contrat frais de santé s'élèvent à 7,80 % des cotisations.

Article 2 – Solde global du compte

Il est égal à la somme :

- du résultat prévoyance bénéficiaire ou de son déficit non compensé,
- du résultat santé,

augmentée :

- des excédents des fonds de revalorisation lorsque le plafond mentionné à l'article 3 est atteint,
- de l'excédent éventuel de la provision pour égalisation par rapport à la dotation maximale mentionnée en annexe,
- de la réintégration de la part de la provision d'égalisation constituée depuis plus de dix ans et non utilisée,
- de la rémunération financière de la provision pour égalisation (ou son reliquat après compensation du résultat prévoyance déficitaire),

diminuée :

- du reliquat éventuel du solde global déficitaire de l'année précédente, majoré d'intérêts,
- du prélèvement permettant l'ajustement des provisions en cas de changement éventuel de barème réglementaire,
- du prélèvement de 0,7% des cotisations totales (prévoyance et frais de soins) nettes de taxes et prélèvements réglementaires, afférentes à l'année considérée alimentant le Fonds Social dédié dans les limites fixées au paragraphe 7.3,
- du prélèvement permettant le règlement des factures d'ITELIS au titre de Connect@ide dans la limite de 0,3% des cotisations totales (prévoyance et frais de soins) nettes de taxes et prélèvements réglementaires afférentes à l'année considérée,
- du prélèvement contribuant à la rémunération de la marge de solvabilité d'AXA France Vie, déterminé ci-dessous.

Ce prélèvement est égal à 10 % de la somme :

- du résultat prévoyance bénéficiaire ou de son déficit non compensé,
- du résultat santé,
- du reliquat éventuel du solde global déficitaire de l'année précédente, majoré d'intérêts,
- des excédents des fonds de revalorisation lorsque le plafond mentionné à l'article 3 est atteint.

Il ne peut être inférieur à 1 % des cotisations et primes de réassurance de l'année.

Lorsque le solde global est bénéficiaire, il est attribué par ordre de priorité :

- à l'alimentation de la provision pour égalisation sans pouvoir excéder la dotation annuelle maximale prévue au Code Général des Impôts à l'article 39 quinquiès GB,
- puis, à la réserve générale pour l'éventuel excédent.

Lorsque le solde global est déficitaire, il est compensé, par ordre de priorité :

- par prélèvement sur la réserve générale,
- puis, par prélèvement sur la provision pour égalisation.

Le reliquat éventuel du solde global déficitaire est reporté l'année suivante.

Article 3 - Fonds de revalorisation

Les prestations versées sous forme d'indemnités journalières ou de rentes sont revalorisées dans les limites des fonds de revalorisation. Le financement de ces revalorisations est piloté par le fonds de revalorisation propre à chaque garantie.

Les fonds sont alimentés par :

- 4 % des cotisations de la garantie Rente Education
- 7 % des cotisations de la garantie Incapacité-Invalidité.
- la fraction éventuelle de la rémunération financière qui excède les intérêts obtenus en appliquant aux provisions mathématiques constituées au 1er janvier de l'année considérée, les taux techniques des garanties concernées.

Chaque année, ils bénéficient d'une rémunération financière.

La charge supplémentaire née dans l'année, liée à l'évolution de l'indice de revalorisation, est prélevée sur ces fonds. Ce prélèvement est porté au crédit du compte prévoyance. De la même façon, les sommes dédiées à leur alimentation sont portées au débit du compte prévoyance.

Ils sont plafonnés comme suit, et leurs excédents éventuels sont réintégrés dans le solde global :

- 4 % des provisions mathématiques pour le fonds de revalorisation Rente Education,
- 4 % des provisions mathématiques et technique pour le fonds de revalorisation Incapacité-Invalidité.

Fait à Paris, en deux exemplaires, le 14 janvier 2021.

POUR LE SOUSCRIPTEUR :

Nicolas TRUELLE
Directeur général
40 rue Jean de La Fontaine
75781 Paris Cedex 16

POUR L'ASSUREUR :

OD

AXA France VIE
S.A. au capital de 487 725 073 €
régie par le Code des Assurances
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex
310 499 959 RCS Nanterre

JG

réinventons / notre métier

NOTICE D' INFORMATION

Prévoyance Entreprise

NOTICE D'INFORMATION

relative au contrat n° **27048171**
régi par le Code des Assurances

souscrit par **FONDATION D'AUTEUIL**
dont le siège social est
40 rue Jean la Fontaine
75116 PARIS
(**LE SOUSCRIPTEUR**)

auprès

d'**AXA France Vie**
dont le siège social est
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex
(**L'ASSUREUR**)

Cette notice présente les garanties en vigueur au PREMIER JANVIER DEUX MILLE VINGT DEUX.

Ce document contractuel est constitué des chapitres ci-après :

CHAPITRE 1 CONDITIONS GENERALES 4

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT 4
ARTICLE 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT 4
ARTICLE 3 - CATEGORIE ASSUREE 4
ARTICLE 4 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE 5
ARTICLE 5 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DECES AUX ASSURES EN INCAPACITE OU EN INVALIDITE INDEMNISES PAR LA SECURITE SOCIALE FRANCAISE 6
ARTICLE 6 - BASE DE L'ASSURANCE 7
ARTICLE 7 - REVALORISATION DES CAPITAUX DECES 7
ARTICLE 8 - EXCLUSIONS 7
ARTICLE 9 - RECLAMATION 8
ARTICLE 10 - UTILISATION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL 9
ARTICLE 11 - PRESCRIPTION 10
ARTICLE 12 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE ET INTERNATIONALE 11

CHAPITRE 2 DECES 12

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE 12
ARTICLE 2 - CHOIX DE L'OPTION 12
ARTICLE 3 - DECES DE L'ASSURE OPTIONS 1 ET 2 13
ARTICLE 4 - DEFINITION DES PERSONNES A CHARGE ET SITUATION DE FAMILLE RETENUE 14
ARTICLE 5 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL DECES 14
ARTICLE 6 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE 16
ARTICLE 7 - PREDECES 16
ARTICLE 8 - FRAIS D'OBSEQUES EN CAS DE DECES DE L'ASSURE 16
ARTICLE 9 - DECES DU CONJOINT POSTERIEUR OU SIMULTANE A CELUI DE L'ASSURE 17
ARTICLE 10 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE 17

CHAPITRE 3 INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE 19

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE 19
ARTICLE 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL 19
ARTICLE 3 - INVALIDITE PERMANENTE 20
ARTICLE 4 - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES 21
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE 22
ARTICLE 6 - CONTROLE MEDICAL 23
ARTICLE 7 - SUBROGATION 23

CHAPITRE 4 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL 24

ARTICLE 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN 24
ARTICLE 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN 24
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES 24
ARTICLE 4 - MODALITES DU MAINTIEN 24
ARTICLE 5 - MODALITES D'INFORMATION 25
ARTICLE 6 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE 25

CHAPITRE 5 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGES SANS SOLDE 26

ARTICLE 1 - GARANTIES ASSUREES 26
ARTICLE 2 - BASE DE L'ASSURANCE 26
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 26

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

Fait à PARIS, le 10 décembre 2021.

Chapitre 1

CONDITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'assurer le personnel salarié affilié à la Sécurité sociale française, appartenant à la catégorie visée à l'article 3 et répondant aux conditions visées au paragraphe 4.1, pour les garanties suivantes :

- DECES,
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.

La garantie est l'engagement de l'assureur de payer une prestation unique ou périodique, en cas de réalisation du risque entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Article 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat prend effet le PREMIER JANVIER DEUX MILLE VINGT DEUX.

Les dispositions du présent contrat se substituent à celles du contrat précédemment émis sous le même numéro.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au trente et un décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au premier janvier de chaque année.

Il peut être dénoncé :

- **à l'initiative du souscripteur, au moins deux mois avant la date de renouvellement, et conformément à l'article L113-14 du Code des Assurances soit :**

  - par lettre simple ou recommandée. Cette lettre doit être envoyée au plus tard le 31 octobre pour que le contrat cesse au 31 décembre à minuit, le cachet de la poste faisant foi,

  - par voie électronique selon les modalités précisées sur le site internet AXA.fr.

A réception de la demande de résiliation, l'assureur adresse une confirmation écrite au souscripteur.

- **à l'initiative de l'assureur, par lettre recommandée, au moins deux mois avant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi.**

Article 3 - CATEGORIE ASSUREE

La catégorie assurée est ainsi définie : **l'ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité sociale française.**

Article 4 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE

4.1 Admission à l'assurance

Sont admis au contrat :

- à sa date d'effet, l'ensemble des salariés assurés à la veille de ladite date, au titre du contrat précédent celui-ci,
- ultérieurement, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, dès la date d'entrée dans la catégorie assurée, les salariés dont le contrat de travail est en vigueur. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, accueil de l'enfant, deuil de l'enfant ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, bénéficient des garanties du contrat, sous réserve des dispositions suivantes.

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (article L1225-17 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (article L1225-35 du Code du travail). La notion de deuil de l'enfant renvoie au congé tel que défini à l'article L3142-1-1 du Code du travail.

Les salariés relevant d'un autre cas de suspension du contrat de travail sont garantis selon les dispositions du Chapitre «MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE SANS SOLDE».

Les mandataires sociaux cumulant un contrat de travail avec leur mandat ou les mandataires sociaux assimilés salariés au sens du Code de la Sécurité sociale française bénéficient du présent contrat s'ils appartiennent à la catégorie assurée, dans les conditions et limites qui leur sont applicables aux termes des dispositions du Code de la Sécurité sociale française et du Code du commerce. Le respect des dispositions légales et éventuellement réglementaires régissant l'octroi des avantages de prévoyance aux mandataires sociaux salariés ou assimilés salariés relève de la seule responsabilité du souscripteur.

4.2 Cessation de l'assurance

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat ; elle prend fin pour chaque assuré :

- à la date de sortie de la catégorie assurée,
- à la date de rupture du contrat de travail, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale française, sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite.

L'assurance prend fin, en tout état de cause, pour l'ensemble des assurés, à la date de résiliation du contrat sous réserve des dispositions prévues à l'article 5.

Toutefois, lorsque le présent contrat n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance de groupe, tout assuré dont le contrat de travail est en vigueur peut demander à souscrire une assurance à adhésion individuelle, auprès de l'assureur, dans les soixante jours qui suivent la résiliation du contrat. Cette assurance est accordée, sous réserve de l'acceptation de l'assureur et sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des garanties est au plus équivalent à celui du présent contrat.

Article 5 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DECES AUX ASSURES EN INCAPACITE OU EN INVALIDITE INDEMNISES PAR LA SECURITE SOCIALE FRANCAISE

Les garanties en cas de DECES sont maintenues, y compris après résiliation du présent contrat, à tout assuré se trouvant en incapacité ou invalidité pour cause de maladie ou d'accident.

Toutefois, l'assuré admis au contrat alors qu'il se trouvait en incapacité ou invalidité, bénéficie du maintien des garanties en cas de décès dans les conditions prévues au Chapitre PERSONNEL EN ARRET DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT.

5.1 Niveau de chaque garantie

Le niveau de chaque garantie assurée au titre du présent contrat est celui en vigueur :

- à la date du décès, si celui-ci intervient pendant l'existence du présent contrat et que l'assuré est sous contrat de travail à cette date,
- à la date de la rupture du contrat de travail si celle-ci est antérieure à la date du décès et intervenue pendant l'existence du présent contrat,
- à la date de la résiliation du contrat dans les autres cas.

Les prestations assurées sont calculées en fonction de la base des prestations définie ci-après.

5.2 Base des prestations

La base des prestations est égale à celle définie à l'article 6. Toutefois, si après résiliation du présent contrat, l'assuré en 1ère catégorie d'invalidité au sens de la Sécurité sociale française, exerce une activité professionnelle, la base des prestations est réduite de 40 %.

5.3 Revalorisation de la base des prestations

La base des prestations est revalorisée à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail, selon l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date de l'arrêt de travail et la date du décès ou la date de la résiliation de la garantie ou du présent contrat dans les autres cas.

5.4 Cotisation

Les cotisations pour l'assuré en arrêt de travail ne sont dues que sur le salaire total ou partiel maintenu par le souscripteur.

Elles cessent d'être dues après la résiliation du présent contrat.

5.5 Fin du maintien de chaque garantie

Le maintien de chaque garantie en cas de décès prend fin :

- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de l'incapacité ou de l'invalidité par la Sécurité sociale française,
- à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement des prestations incapacité - invalidité prévues par ce contrat,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale française (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite,
- en cas de résiliation de la garantie survenant pendant l'existence du contrat pour le personnel sous contrat de travail.

Les prestations en cas de décès postérieur du conjoint de l'assuré ou de son partenaire lié par un Pacs, cessent d'être garanties, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Article 6 - BASE DE L'ASSURANCE

6.1 Base de cotisation

La base de cotisation est le salaire annuel brut, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par le souscripteur à l'Administration Fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques hors stock options, et primes et indemnités versées lors de la cessation du contrat de travail.

Elle inclut tous les salaires, même partiels versés par le souscripteur, que l'assuré soit ou non en arrêt de travail pour maladie, accident, accueil de l'enfant ou deuil de l'enfant. Le salaire annuel brut ainsi déterminé est limité aux tranches A, B et C du salaire définies comme suit en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale française en vigueur pour l'année considérée :

- Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond,
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds,
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds.

6.2 Base des prestations

La base des prestations est égale à la base de la cotisation correspondant aux douze mois civils immédiatement antérieurs à la date du sinistre (pendant la première année d'existence du présent contrat, les mois civils antérieurs à sa date d'effet sont pris en compte pour autant qu'il s'agisse du même contrat de travail). Lorsque le contrat de travail a moins de douze mois, ledit salaire est rétabli sur une base annuelle.

Toutefois, lorsqu'à la date du sinistre, l'assuré est en arrêt de travail total pour maladie ou accident, et indemnisé à ce titre par la Sécurité sociale française, les douze mois civils retenus sont ceux immédiatement antérieurs à la date de début de l'arrêt de travail ayant entraîné le service, par la Sécurité sociale française, de la prestation en cours.

Dans tous les cas, lorsqu'il y a réduction ou suppression du salaire au cours des douze mois civils précédent le sinistre en raison de la suspension du contrat de travail pour maladie, accident, accueil de l'enfant ou deuil de l'enfant, le salaire pris en compte est celui que l'assuré aurait perçu sur cette période en l'absence de congés ou d'arrêt de travail.

Article 7 - REVALORISATION DES CAPITAUX DECES

Conformément à la Loi ECKERT du 13 juin 2014, entrée en vigueur le 1er janvier 2016, les capitaux servis en cas de décès sont revalorisés à compter de la date du décès ouvrant droit à prestations. Les conditions d'application de cette revalorisation sont fixées par les articles L132-5 et R132-3-1 du Code des assurances.

Article 8 - EXCLUSIONS

Toutes garanties

L'assureur couvre les risques en cas de DECES, de PERTE TOTALE et IRREVERSIBLE d'AUTONOMIE et d'INCAPACITE TOTALE de TRAVAIL ou d'INVALIDITE PERMANENTE à l'exclusion de ceux résultant :

- ***d'un suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé,***
- ***de guerres civiles ou étrangères, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),***

- ***de la participation active de l'assuré à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,***
- ***d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14ème jour suivant cette inscription.***

  Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance. Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer dix jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

Garantie incapacité de travail / invalidité permanente

L'assureur couvre les risques d'arrêt de travail dans les conditions prévues au paragraphe précédent à l'exclusion des accidents résultant :

- ***du fait intentionnel du bénéficiaire ou de l'assuré,***
- ***de la pratique par l'assuré de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il appartiendra à l'assureur de prouver que ces règles ont été violées,***
- ***de la navigation aérienne de l'assuré :***

  - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,

  - avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (u.l.m.) ou de tout engin assimilé,

  - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,
- ***des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.***

Article 9 - RECLAMATION

Indépendamment du droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur privilégié ou le service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, l'assuré peut faire appel à la Direction Relations Clientèle d'AXA Santé et Collectives (TSA 46 307 - 95 901 CERGY PONTOISE Cedex 9). Il devra alors préciser son nom, le numéro du présent contrat ainsi que ses coordonnées complètes.

La situation de l'intéressé sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 10 jours et une réponse lui sera adressée dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous tiendrons informés l'assuré).

Si aucune solution n'a été trouvée, dans un délai d'un an à compter de la date de réception de la réclamation écrite adressée à l'assureur, l'assuré peut faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante - La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09, ou par mail sur son site internet http://www.mediation-assurance.org. L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laisse toute liberté à l'assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Article 10 - UTILISATION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

L'assureur fait usage de ces données dans le cadre de ses activités de passation, de gestion (y compris commerciale) et d'exécution du contrat d'assurance ou de celles d'autres contrats souscrits auprès de lui, comme auprès d'autres sociétés du groupe auquel l'assureur appartient.

L'assureur est également susceptible d'utiliser ces données dans le cadre d'un contentieux, de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ou de la mise en conformité à une réglementation applicable. L'assureur se réserve également le droit de procéder à l'analyse de tout ou partie de ces données collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis de l'assureur, pour permettre d'améliorer les produits (recherche et développement), d'évaluer la situation d'un assuré, de la prédire (scores d'appétence) et de personnaliser son parcours en tant qu'assuré.

Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Les destinataires des informations ainsi recueillies seront uniquement les sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités, dès lors que ces informations seront nécessaires à la réalisation de leurs opérations.

Les données des assurés seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Les données à caractère personnel peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne, sous réserve des dispositions suivantes. Pour ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

L'assureur est légalement tenu de vérifier l'exactitude, la complétude et la conformité de ces données. A cette fin, l'assureur se réserve le droit de solliciter un assuré pour vérifier ou compléter son dossier en y enregistrant par exemple son adresse de messagerie électronique s'il a contacté l'assureur par ce biais.

L'assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité des données le concernant, ainsi que définir des directives relatives au sort de ces informations après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement.

Si l'assuré a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, à tout moment il peut la retirer sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance.

L'assuré peut écrire au délégué à la protection des données pour exercer ses droits :

- par email (service.informationclient@axa.fr)
- par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).

En cas de réclamation, il peut choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Article 11 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration 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 prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

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

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

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).**
- **La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).**
- **L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).**
- **L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).**
- **Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).**

- **L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).**
- **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).**

Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurance, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 12 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE ET INTERNATIONALE

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

Chapitre 2

DECES

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de DECES DE L'ASSURE.

Au versement de ce capital s'ajoute une garantie sous forme d'option, au choix du ou des bénéficiaires au décès de l'assuré conformément aux dispositions visées à l'article 2 :

- soit le versement d'un capital complémentaire (OPTION1),
- soit le service d'une rente éducation au profit de chaque enfant à charge (OPTION 2), rente majorée en cas de DECES DU CONJOINT (ou partenaire lié par un PACS), non (re)marié et non lié par un (nouveau) Pacs, survenant postérieurement au décès de l'assuré et pendant l'existence du contrat.

En cas de PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE telle que visée à l'article 6, le capital en cas de décès prévu dans le cadre de l'OPTION 1 peut être versé par anticipation.

La garantie a également pour objet :

- le versement d'un capital, en cas de PREDECES DU CONJOINT (du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou du concubin) ou de PREDECES D'UN ENFANT A CHARGE,
- en cas de DECES DE L'ASSURE, le versement d'une indemnité de frais d'obsèques,
- en cas de DECES DU CONJOINT (ou partenaire lié par un PACS), non remarié, dans un délai de 12 mois suivant le décès de l'assuré et pendant l'existence du contrat, le versement aux dits enfants d'un second capital, s'agissant des OPTIONS 1 et 2.

Article 2 - CHOIX DE L'OPTION

Le choix de l'option est effectué au moyen d'un écrit adressé à l'assureur dans les **soixante jours** qui suivent le décès de l'assuré :

- par le conjoint non séparé judiciairement, à défaut par le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, tel que défini à l'article 3, lorsqu'il est seul bénéficiaire,
- à défaut, par les enfants à charge, dans la mesure où ils sont seuls bénéficiaires et par parts égales. Lorsque ceux-ci ne jouissent pas de la capacité juridique, le choix est effectué par leur représentant légal.

En l'absence de choix ou lorsque plusieurs parties sont concernées et en l'absence d'accord, l'OPTION 1 s'applique.

L'OPTION 1 est en tout état de cause appliquée en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

Article 3 - DECES DE L'ASSURE OPTIONS 1 ET 2

3.1 Capital décès

Le montant du capital est fixé à 325 % de la base des prestations visée au chapitre 1 (article 7) quelle que soit la situation de famille.

3.2 Option 1

3.2.1 Montant du capital complémentaire

Le capital décès est majoré de 150 % de la base des prestations visée au chapitre 1 (article 6), par personne à charge.

3.3 Option 2

3.3.1 Montant de la rente éducation

Le montant annuel de la rente est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

- jusqu'à 5 ans inclus : 12 %,
- de 6 à 13 ans inclus : 17 %,
- de 14 à 25 ans inclus : 25 %.

La rente est versée viagèrement aux enfants bénéficiaires des allocations pour personnes handicapées.

3.3.2 Revalorisation

La rente est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de la rente, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date du décès de l'assuré et la date d'échéance de la rente. **En cas de résiliation du contrat et en cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, la revalorisation cesse et le montant des prestations périodiques est maintenu au niveau atteint à la date de cette résiliation.** Son montant sera alors égal à celui atteint à la date de résiliation, sans préjudice toutefois d'un éventuel changement de tranche d'âge.

3.3.3 Modalités de règlement, Effet et cessation

La rente prend effet le lendemain du jour du décès de l'assuré.

La majoration de la rente pour changement de tranche d'âge prend effet à compter du premier jour du trimestre civil de l'anniversaire de l'enfant.

La rente annuelle est payable par quart à la fin de chaque trimestre civil, le premier et le dernier paiement étant calculés prorata temporis. Elle est versée à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal dans le cas contraire.

La rente cesse d'être due à compter du jour où l'enfant ne remplit plus les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge.

Article 4 - DEFINITION DES PERSONNES A CHARGE ET SITUATION DE FAMILLE RETENUE

4.1 Définition des personnes à charge

Sont considérés comme personnes à charge, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, les enfants de l'assuré fiscalement à sa charge (c'est-à-dire pris en compte pour la détermination du quotient familial ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire déductible de son revenu global) :

- lorsqu'ils sont mineurs,
- lorsqu'ils sont majeurs, âgés de moins de 26 ans, affiliés à la Sécurité sociale française et s'ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils perçoivent une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve, que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

Les enfants du conjoint de l'assuré ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, remplissant les conditions visées ci-dessus, sont assimilés aux enfants de l'assuré, lorsqu'ils sont pris en compte pour la détermination du quotient familial du foyer fiscal de l'assuré.

Les enfants reconnus ou adoptés par l'assuré sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de son concubin (non marié ni lié par un PACS à un tiers) à condition que l'assureur en ait connaissance dans les trois mois suivant le décès de l'assuré ; le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

Il est précisé que les conditions pour être considéré comme enfant à charge doivent être remplies dès le décès de l'assuré.

Sont également considérés comme personne à charge, les ascendants de l'assuré ou de son conjoint qui sont dans le besoin au sens de l'article 205 du Code civil et pour lesquels l'assuré déduit fiscalement une pension alimentaire de son revenu global.

4.2 Situation de famille retenue

La situation de famille retenue est celle existant au moment du décès de l'assuré ; toutefois :

- l'enfant né moins de 300 jours après le décès de l'assuré est pris en considération,
- en cas de décès au cours d'un même événement de l'assuré et d'au moins une des personnes dont l'existence est susceptible d'être prise en compte pour le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé être décédé le premier.

Article 5 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL DECES

Pour le versement du capital, en cas de décès au cours d'un même évènement de l'assuré et d'au moins une des personnes susceptible de bénéficier du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé être décédé le dernier.

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) en fonction du mode de désignation choisi par l'assuré.

5.1 Désignation type

Le capital est versé :

- au conjoint non séparé judiciairement,
- à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité à condition que l'assureur en ait connaissance dans les trois mois suivant le décès de l'assuré ; le partenaire doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition,

- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré vivants ou représentés et, s'agissant des enfants du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, à ceux ayant ouvert droit à la « majoration par personne à charge » s'agissant de l'OPTION 1, ou au versement de la rente éducation s'agissant de l'OPTION 2,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

Toutefois, s'agissant de l'OPTION 1, la « majoration par personne à charge » est réservée à la personne y ayant ouvert droit ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique et, s'agissant d'un enfant :

- au conjoint ou au partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, parent de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a la garde,
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque le conjoint ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, parent de l'enfant, n'en a pas la garde,
- à chaque enfant majeur ou mineur émancipé.

Pour être bénéficiaire du capital, le concubin doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière nominative.

5.2 Désignation particulière

A toute époque, l'assuré a la faculté de faire une désignation particulière transmise à l'assureur ; elle peut faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation prévue de plein droit par le Code Civil. Toutefois, s'agissant de l'OPTION 1, la « majoration par personne à charge » est réservée à la personne y ayant ouvert droit ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique, sauf, s'agissant d'un enfant :

- lorsqu'un seul bénéficiaire a été désigné et qu'il a la garde de l'enfant concerné ou, s'agissant d'un enfant majeur, lorsqu'il l'a eue jusqu'à la majorité,
- lorsque plusieurs bénéficiaires ont été désignés conjointement par l'assuré et que l'enfant concerné en fait partie.

La réservation de la « majoration par personne à charge » est applicable sauf volonté contraire de l'assuré clairement exprimée dans la désignation particulière.

En cas de pluralité de bénéficiaires et de décès, avant l'assuré, de l'un d'entre eux, le capital est versé (sous réserve des dispositions visées ci-dessus relatives à la réservation), aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

L'assuré a également la possibilité de renseigner en toute confidentialité « la clause bénéficiaire du capital décès », directement sur le site prévoyance que l'assureur met à sa disposition : quijeprotege.com.

Compte tenu de l'évolution constante des technologies, l'assureur se réserve le droit de changer de prestataire pour que l'assuré puisse continuer de bénéficier à tout moment du meilleur service. L'assureur informera le souscripteur de ce changement par tout moyen, sans qu'il soit prévu de le formaliser par un avenant au présent contrat.

La désignation particulière n'est pas appliquée (en conséquence de quoi la désignation type s'applique) dans les cas ci-après :

- prédécès du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés par l'assuré,
- décès, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, de l'assuré et du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés par l'assuré,
- révocation de plein droit prévue par le Code Civil.

Il est précisé que les désignations particulières en vigueur à la veille de la date d'effet du présent contrat restent valides.

Article 6 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le capital en cas de décès de l'assuré prévu dans le cadre des articles 3.1 et 3.2 peut, sur demande accompagnée des pièces justificatives visées à l'article10, être versé **par anticipation** en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que visée ci-après.

L'assuré est reconnu comme étant atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est, soit classé par la Sécurité sociale française en 3ème catégorie d'invalides, soit, lorsqu'il se voit attribuer un taux d'incapacité permanente de 100 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et qu'il bénéficie de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La demande doit être faite avant la date d'attribution de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale française de l'assuré (ou pension pour inaptitude au travail). La date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie est la date d'envoi du document par lequel l'assureur accepte de verser par anticipation le capital ; la garantie Décès prend fin, par voie de conséquence, à cette même date.

Il est précisé que la situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle existant à la date de reconnaissance par l'assureur de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, l'enfant né viable moins de 300 jours après ladite date étant pris en compte.

Article 7 - PREDECES

Le capital est fixé comme suit en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès :

- 100 % en cas de prédécès du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou du concubin,
- 100 % en cas de prédécès d'un enfant à charge.

Pour les enfants âgés de moins de 12 ans, le capital est limité aux frais d'obsèques dûment justifiés.

L'assureur doit avoir connaissance de l'existence du PACS ou du concubinage dans les trois mois suivant le décès. Le concubin doit être ni marié, ni lié par un PACS avec un tiers. L'assuré doit prouver sa domiciliation à la même adresse que le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou que le concubin, par la production du dernier avis d'imposition.

Les enfants à charge sont ceux définis à l'article 4.

Le capital est versé à l'assuré.

Article 8 - FRAIS D'OBSEQUES EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

L'indemnité de frais d'obsèques est fixée à 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale française en vigueur à la date du décès.

L'indemnité est versée à la personne qui justifie avoir supporté les frais d'obsèques, dans la limite des frais engagés. Le reliquat est versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès tel(s) que visé(s) à l'article 5.

Article 9 - DECES DU CONJOINT POSTERIEUR OU SIMULTANE A CELUI DE L'ASSURE

Lorsque le conjoint ou son partenaire lié par un Pacs, non (re)marié et non lié par un (nouveau) Pacs, décède dans un délai de 12 mois suivant le décès de l'assuré, et alors que le contrat est toujours en vigueur, un second capital est versé au profit des enfants qui, au décès de l'assuré, répondaient à la définition des enfants à charge visée à l'article 4, et y répondent encore au décès du conjoint ou du partenaire lié par un Pacs. Le montant du capital, réparti par parts égales entre les enfants à charge, est fixé à 325 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6).

Les dispositions ci-dessus s'appliquent aussi lorsque les deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs décèdent du fait d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Article 10 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

DECES

Doivent être adressées à l'assureur, dans les **six mois** qui suivent le décès, toutes pièces nécessaires au règlement des prestations, et notamment :

- l'acte de décès,
- la copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré et, en tant que de besoin, la copie intégrale de l'acte de naissance du conjoint,
- les pièces justificatives de la qualité de personne à charge :

  - l'extrait d'acte de naissance, le certificat de scolarité, la copie du contrat de formation en alternance,

  - l'attestation du paiement des allocations pour personnes handicapées,

  - la copie du dernier avertissement de l'impôt sur le revenu et l'attestation de l'Administration fiscale précisant le nombre de personnes à charge au jour du décès,
- les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires :

  - l'extrait d'acte de naissance,

  - et, en tant que de besoin : le certificat d'hérédité ou l'acte de notoriété,

  - l'ordonnance ou le jugement de tutelle,
- la photocopie du ou des livrets de famille,

  - le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité, doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré, par la production d'une copie :

  - du dernier avis d'imposition du partenaire,

  - du pacte civil de solidarité,
- la photocopie d'une pièce d'identité du ou des bénéficiaires ou bien de leur représentant légal,
- s'agissant du capital en cas de prédécès d'un enfant de moins de 12 ans, le justificatif des frais exposés,
- le certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel),
- l'original de la facture détaillée et acquittée des frais d'obsèques.

S'agissant d'un enfant percevant la rente éducation, il doit être fourni l'attestation de l'affiliation à un régime obligatoire de la Sécurité sociale française. Cette attestation doit être communiquée de nouveau en cas de changement d'immatriculation. Les pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge sont à renouveler périodiquement.

Le service des rentes étant subordonné à la fourniture de la preuve de la qualité d'ayant droit, l'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce nécessaire à l'appréciation de la situation du bénéficiaire.

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Doivent être adressés à l'assureur :

- les pièces visées au paragraphe précédent relatives à la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le calcul du capital,
- la demande de reconnaissance de l'état de **perte totale et irréversible d'autonomie**,
- le rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la perte totale et irréversible d'autonomie (document à retourner au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel),
- la notification d'attribution de la Sécurité sociale française de la rente de 3ème catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 100 % faisant apparaitre la majoration pour assistance d'une tierce personne.

Chapitre 3

INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, le service :

- d'une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou à un accident,
- d'une rente, en cas d'invalidité permanente de l'assuré ou en cas d'incapacité permanente au moins égale à 33 %,

sous réserve :

- du versement des prestations de la Sécurité sociale française au titre de l'assurance Maladie (prestation en espèces), assurance Invalidité (rente d'invalidité), assurance accidents du travail et maladies professionnelles (indemnités journalières et rente d'incapacité permanente),

et

- de l'application de l'article 6.

Les prestations sont brutes de tout prélèvement fiscal ou social à retenir à la source : les variations des taux d'assujettissement à l'impôt ou des taux de prélèvement sociaux applicables à ces prestations sont sans effet sur les prestations ainsi définies, mais affectent le montant net à régler à l'assuré.

Article 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

2.1 Franchise

L'indemnité journalière est servie après une période d'arrêt continu de travail pour maladie ou accident, appelée "franchise", fixée à 90 jours.

Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique indemnisé comme tel par la Sécurité sociale française est prise en compte pour la détermination de la franchise, mais les congés d'accueil de l'enfant ou de deuil de l'enfant ne sont pas comptabilisés.

Lorsque l'assuré ayant commencé à bénéficier de l'indemnité reprend son activité au service du souscripteur et doit l'interrompre moins de deux mois après pour la même cause (sous réserve de l'existence du contrat), le service de l'indemnité journalière reprend dès le premier jour de la nouvelle interruption de travail.

2.2 Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 83 % de la 365ème partie de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6), sous déduction de l'indemnité de la Sécurité sociale française à la date de l'arrêt de travail.

Aucune prestation n'est versée pendant les congés d'accueil de l'enfant ou de deuil de l'enfant indemnisés par la Sécurité sociale française au titre de l'assurance maternité.

A partir de la date de rupture du contrat de travail, le montant de l'indemnité journalière est révisé de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré (indemnité journalière de la Sécurité sociale française majorée des prestations de l'assureur) ne puisse excéder 100 % de la 365ème partie du salaire net imposable correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 6).

Lorsqu'un assuré reprend son travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, le montant de l'indemnité journalière est fixé à 90 % de la 365ème partie de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6). Le montant de l'indemnité journalière est limité à la différence entre, d'une part, le salaire qui aurait été perçu si l'assuré avait travaillé à temps plein, d'autre part, le cumul du salaire effectif et de l'indemnité journalière maintenue par la Sécurité sociale française.

L'indemnité journalière est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date de l'arrêt de travail et la date d'échéance. **En cas de résiliation du contrat et en cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, la revalorisation cesse et le montant des prestations périodiques est maintenu au niveau atteint à la date de cette résiliation**.Son montant sera alors égal à celui atteint à cette date.

2.3 Cessation de l'indemnité journalière

Le service de l'indemnité journalière cesse :

- à la date de fin du service de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale française,
- et, en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale française, sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite.

2.4 Modalités de règlement

L'indemnité journalière est payable à réception des décomptes de la Sécurité sociale française.

Pendant toute la durée du contrat de travail liant l'assuré au souscripteur, l'indemnité journalière est versée au souscripteur. Après rupture du contrat de travail, l'indemnité journalière est versée à l'assuré.

Article 3 - INVALIDITE PERMANENTE

3.1 Montant de la rente

Le montant annuel de la rente est fonction de la catégorie d'invalides dans laquelle l'assuré est classé par la Sécurité sociale française.

Il est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

- 1ère catégorie : 50 %,
- 2ème catégorie : 83 %,
- 3ème catégorie : 83 %,

sous déduction de la rente de la Sécurité sociale française dont le montant est ramené à la date de début de l'arrêt de travail compte tenu de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre cette date et la date de passage en invalidité.

Le montant de la rente d'invalidité de l'assureur est limité de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder 100 % du salaire net imposable, correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 6), revalorisé entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance.

La rente est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date de l'arrêt de travail et la date d'échéance de la rente.

En cas de résiliation du contrat et en cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, la revalorisation cesse et le montant des prestations périodiques est maintenu au niveau atteint à la date de cette résiliation. Le montant de la rente sera alors égal à celui atteint à la date de résiliation, sous réserve des dispositions relatives à sa limitation telles que prévues ci-dessus, et sans préjuger, s'agissant d'un même fait générateur, d'une éventuelle modification de classement dans les catégories d'invalides.

S'agissant d'un assuré classé en invalidité, et exerçant toujours une activité chez le souscripteur, le montant de la rente de l'assureur est limité de façon que cumulé au salaire net imposable perçu du fait de son activité et à la rente de la Sécurité sociale française perçue, l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder **100 % du salaire net imposable** correspondant à une activité à temps plein. Toutefois, ce montant ne peut en aucun cas excéder celui qui serait versé si l'assuré n'exerçait pas d'activité.

En cas de nouvel arrêt de travail de l'assuré, lorsque le cumul des prestations tant de l'assureur que de la Sécurité sociale française (indemnité journalière et rente d'invalidité) excède **100 % du salaire net imposable** qu'il aurait perçu s'il avait travaillé à temps plein, la rente d'invalidité est réduite à concurrence du dépassement constaté.

Dès qu'il est constaté, pour un assuré exerçant une activité chez un autre employeur, que le cumul des rentes (assureur et Sécurité sociale française), de tout salaire (net imposable), de toute prestation du Pôle Emploi, excède 100 % du salaire net imposable, correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 6), et revalorisé jusqu'à la période considérée, la rente est réduite à concurrence du dépassement constaté. Pour ce faire, les éléments pris en compte sont ramenés à la période considérée.

3.2 Définition des catégories d'invalides

Les catégories d'invalides sont ainsi définies :

- 1ère catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée,
- 2ème catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque,
- 3ème catégorie : invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession quelconque, est en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

3.3 Effet et cessation de la rente

La rente débute dès le classement de l'assuré par la Sécurité sociale française dans l'une des catégories d'invalides ; elle cesse quand prend fin le service de la rente par cette dernière et, en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale française (ou pension pour inaptitude au travail).

3.4 Modalités de règlement

La rente annuelle est payable à l'assuré, par douzième, à la fin de chaque mois civil.

Article 4 - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

4.1 INCAPACITE DE TRAVAIL : franchise, montant de l'indemnité journalière, cessation de l'indemnité journalière, modalités de règlement

Les dispositions sont les mêmes que celles prévues en matière d'incapacité temporaire de travail consécutive à maladie ou accident (article 2).

4.2 INCAPACITE PERMANENTE : montant de la rente, définition des catégories d'invalides, effet, cessation de la rente, modalités de règlement

Comme indiqué à l'article 1, une rente est servie lorsque le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale française est au moins égal à 33 %.

Les dispositions sont les mêmes que celles prévues en matière d'invalidité permanente consécutive à maladie ou accident (article 3) étant précisé que le classement de l'assuré dans l'une des catégories d'invalides est effectué par l'assureur.

Article 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Doivent être adressées à l'assureur toutes pièces nécessaires au règlement des prestations, et notamment :

- avis d'interruption de travail dûment complété par le souscripteur,
- attestation de l'employeur mentionnant les salaires (bruts et nets imposables) de la période retenue pour la base des prestations,
- le certificat médical du médecin traitant,
- le certificat médical détaillé, fourni par l'assureur, à adresser au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail,
- décomptes et notifications de la Sécurité sociale française,
- s'agissant d'un assuré reprenant le travail mais toujours indemnisé par la Sécurité sociale française (mi-temps thérapeutique ou 1ère catégorie d'invalides) : attestations de salaire,
- s'agissant d'un assuré classé en 1ère catégorie d'invalides et ne travaillant pas : déclaration sur l'honneur de non-activité professionnelle,
- le cas échéant, attestation et décompte des prestations du Pôle Emploi,
- photocopie d'une pièce d'identité comportant le lieu de naissance, à défaut extrait d'acte de naissance,
- à la mise en place de la rente d'invalidité, et chaque année, la copie du dernier avis d'imposition,
- en cas de rupture du contrat de travail, ou bien lorsque l'assuré souhaite recevoir sa rente d'invalidité par virement : un relevé d'identité bancaire.
- éventuellement, les bulletins d'hospitalisation
- si vous avez choisi une franchise réduite en cas d'accident ou d'hospitalisation:
  - en cas d'accident, le certificat médical attestant que l'arrêt de travail résulte d'un accident et décrivant ses causes et circonstances.
  - en cas d'hospitalisation, un bulletin d'hospitalisation
- en cas de rechute un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été fourni.

Doivent être signalés dans les meilleurs délais :

- tout changement de nature des prestations de la Sécurité sociale française,
- toute reprise du travail,
- toute rupture du contrat de travail.

Lorsque l'assuré ne justifie pas du nombre d'heures de travail nécessaire à l'ouverture des droits auprès de la Sécurité sociale française, l'assureur détermine sa prestation comme si l'assuré avait bénéficié des prestations correspondantes de la Sécurité sociale française. Dans ce cas, un certificat du médecin traitant est exigé, sur formulaire prévu à cet effet par l'assureur.

Les arrêts de travail doivent être déclarés à l'assureur dans un délai maximum de deux mois (de date à date) à compter de l'expiration de la franchise, sinon ils sont considérés comme ayant débuté au jour de la déclaration.

Article 6 - CONTROLE MEDICAL

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente de l'assuré. Dans ce cas, les honoraires du médecin chargé par l'assureur de réaliser cette expertise sont réglés par l'assureur.

Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception; elles peuvent conduire l'assureur à cesser, refuser ou réduire le versement de ses prestations.

Ces conclusions s'appliquent indépendamment de l'indemnisation par la Sécurité sociale française.

Si l'assuré conteste les conclusions du médecin de l'assureur, il peut faire appel au médecin de son choix. En cas de divergence entre son médecin et celui de l'assureur, ces deux médecins en désigneront un troisième.

Si un désaccord persiste, c'est le président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

Article 7 - SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour l'assuré et étant versées en réparation du dommage qui lui est causé du fait de la perte de salaire, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 131-2 du Code des Assurances : l'assureur est subrogé, à concurrence des sommes par lui versées, dans les droits et actions de l'assuré contre tout tiers responsable.

Chapitre 4

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Tant que le contrat d'assurance est en vigueur, l'assureur maintient les garanties du contrat aux anciens salariés appartenant au groupe assuré, en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Article 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN

Bénéficient du présent maintien les anciens salariés, déclarés par le souscripteur selon les modalités de larticle 5, et qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les droits à garanties complémentaires doivent être ouverts à l'ancien salarié, au jour de la cessation de son contrat de travail.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, les personnes bénéficiant du maintien de l'assurance dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 à la veille de la date d'effet du contrat sont garanties au titre du présent chapitre.

Article 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN

La garantie du présent Chapitre prend effet à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail du salarié assuré, pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. La durée de la portabilité est appréciée en mois entiers, arrondie au nombre supérieur dans la limite de 12 mois.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces évènements :

- au terme de l'indemnisation par Pôle emploi,
- à l'épuisement des droits acquis au titre de la portabilité,
- au terme de la durée maximale prévue à l'article 2,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite,
- à la date de résiliation du contrat ou non renouvellement du contrat d'assurance.

Article 4 - MODALITES DU MAINTIEN

La base de l'assurance applicable durant la période de maintien des garanties correspond aux salaires bruts des douze derniers mois d'activité déclarés par le souscripteur à l'administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu (à l'exclusion de tout élément de rémunération lié au départ du salarié), calculée au jour de la rupture du contrat de travail de l'ancien salarié. Toutefois, si le bénéficiaire du maintien avait un contrat de travail de moins de 12 mois, l'assureur rétablit la base de l'assurance sur une base annuelle.

Par exception, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire de travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires ne pourra conduire à des revenus supérieurs au montant des allocations chômage versées le jour de son arrêt de travail. La base des prestations est reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt, dans le cas où il ne percevait pas d'allocations.

Les garanties maintenues sont celles prévues au titre du contrat d'assurance en vigueur. Elles correspondent à celles qui seraient appliquées à l'ancien salarié si celui-ci était toujours salarié de l'entreprise le jour du sinistre.

Le terme du maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle pour les personnes en arrêt de travail le jour de la cessation du maintien de leurs garanties.

Article 5 - MODALITES D'INFORMATION

5.1 Obligations du souscripteur

Le souscripteur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail remis au salarié licencié lors de son départ de l'entreprise. Après l'avoir complété et signé, il transmettra à l'assureur, dès la rupture du contrat de travail, le formulaire de la déclaration de maintien prévu à cet effet. Il remettra à son ancien salarié copie de cette déclaration complétée.

5.2 Obligations de l'ancien salarié

Il appartient à l'ancien salarié de justifier directement à l'assureur ses droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. A défaut, les prestations sont versées à partir de la date de réception des justificatifs établissant l'indemnisation au titre du chômage.

L'ancien salarié s'engage à déclarer à l'assureur sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite dans un délai de 8 jours après la survenance de l'un de ces deux évènements.

Le défaut de déclaration entraine la restitution des prestations réglées postérieurement au délai susmentionné.

Article 6 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'ancien salarié doit fournir les pièces justificatives de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Chapitre 5

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGES SANS SOLDE

L'assurance est maintenue, conformément aux dispositions ci-après, à tout membre du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du souscripteur, pour l'un des congés visés ci-dessous :

- CONGE PARENTAL D'EDUCATION,
- CONGE DE PRESENCE PARENTALE,
- CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE,
- CONGE DE PROCHE AIDANT,
- CONGE POUR CREATION OU REPRISE D'ENTREPRISE,
- CONGE POUR PROJET DE TRANSITION PROFESSIONNELLE,
- CONGE SABBATIQUE.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation soit adressée à l'assureur dans les 30 jours qui suivent ladite date ; **le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance au titre du contrat remplacé par celui-ci, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat

Article 1 - GARANTIES ASSUREES

La garantie maintenue est le DECES.

Article 2 - BASE DE L'ASSURANCE

La base de la cotisation et des prestations est le salaire annuel brut tel que visé au Chapitre 1 (article 6), afférent aux douze derniers mois d'activité et revalorisé, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire du congé, selon l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date du sinistre et le début du congé.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance prend fin à la date de fin du congé en question, et en tout état de cause, dans les cas prévus aux conditions générales du contrat, Chapitre 1 (paragraphe 4.2).

2.

MUTUELLE

AVENANT DE REVISION N°5

du 15 novembre 2015

DES ACCORDS COLLECTIFS RELATIFS AU REGIME FRAIS DE SANTE

DES COLLABORATEURS CADRES ET NON CADRES

du 15 décembre 2004

Dans le cadre de la rénovation de la convention d'entreprise en cours, les dispositions suivantes feront l'objet d'une réécriture dans les mois à venir. Dans cette attente, elles demeurent applicables.

Attention ! Toutes les dispositions de cet accord ne sont pas applicables à tous les collaborateurs de la Fondation Apprentis d'Auteuil :

	Les dispositions précédées d'une barre rouge sont applicables **à l'ensemble des collaborateurs de la Fondation Apprentis d'Auteuil *(salariés liés par un contrat de travail à la Fondation d'Auteuil et enseignants agents publics).***
	Les dispositions précédées d'une barre orange sont applicables **à l'ensemble des salariés liés par un contrat de travail à la Fondation Apprentis d'Auteuil.**

SOMMAIRE

TITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES 4

ARTICLE 1 : OBJET DE L'ACCORD 4

ARTICLE 2 : ENTREE EN VIGUEUR DE L'ACCORD 5

ARTICLE 3 : CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD 5

TITRE 2 - REGLEMENT DU REGIME APPLICABLE A L'ENSEMBLE DU PERSONNEL 5

ARTICLE 4 : GESTION DES ENGAGEMENTS 5

ARTICLE 5 : ADHESION DES COLLABORATEURS 6

5.1. - Salariés bénéficiaires 6

5.2. - Caractère obligatoire de l'adhésion 6

5.2.1. - Dérogations au caractère obligatoire de l'adhésion 6

5.2.2. - Collaborateurs dont le contrat de travail est suspendu 8

5.3. - Dispositions spécifiques pour les enseignants Etat 8

ARTICLE 6 : GARANTIES 9

ARTICLE 7 : FINANCEMENT DES GARANTIES 9

7.1. - Montant, assiette et répartition des cotisations 9

7.2. - Les cas particulier des ayants droit déjà couverts par ailleurs 10

7.3. - L'équilibre économique du régime 11

7.4. - Garanties complémentaires 11

TITRE 3 - DISPOSITIONS FINALES 12

ARTICLE 8 : CONTROLE SPECIFIQUE DU REGIME 12

ARTICLE 9 : INFORMATION DES SALARIES 12

ARTICLE 10 : DENONCIATION DE L'ACCORD 13

ARTICLE 11 : REVISION DE L'ACCORD 13

ARTICLE 12 : CADUCITE DE L'ACCORD 13

ARTICLE 13 : CONSULTATION DES INSTANCES ET FORMALITES DE DEPOT ET DE PUBLICITE 14

ARTICLE 14 : ANNEXE 14

Annexe 1 : Tableau des garanties au 1er janvier 2016 (1/2) **15**

Annexe 1 : Tableau des garanties au 1er janvier 2016 (2/2) **16**

Annexe 2 : Contrat Santé - Entreprise AXA & Notice d'information - Santé Entreprise AXA **17**

LE PRESENT ACCORD A ETE CONCLU ENTRE :

La Fondation d'Auteuil, dont le siège social est situé au 40, Rue Jean de la Fontaine Paris 75781 Cedex 16, représentée par Nicolas TRUELLE en sa qualité de Directeur Général,

d'une part,

ET :

Les organisations syndicales représentatives de salariés :

La FEP-CFDT représentée par Madame Fabienne HILLION en qualité de Déléguée syndicale centrale,

Le SNEC-CFTC et CFTC Santé-Sociaux représentée par Monsieur Guillaume LEONARDI en qualité de Délégué syndical central,

L'UFAS-CGT représentée par Monsieur Justo FREMEAUX en qualité de Délégué syndical central,

La FNAS-FO représentée par Monsieur Daniel LAURENT en qualité de Délégué syndical central,

Le SNPCE-UNSA représenté par Monsieur Jean – Pierre GERVIER en qualité de Délégué syndical central,

d'autre part

PREAMBULE

La Direction et les partenaires sociaux ont convenu de la nécessité de réviser les avenants de révision n°3 et 4 des accords collectifs relatifs au régime de frais de santé des collaborateurs cadres et non cadres du 15 décembre 2004 aux fins d'une mise en conformité avec le nouveau cahier des charges du « Contrat responsable » tel que prévu dans le Décret du 18 novembre 2014 et la Circulaire DSS du 30 janvier 2015.

C'est dans ce contexte que la Direction et les organisations syndicales représentatives se sont réunies dès le mois de juillet 2015 aux fins d'engager les discussions relatives à la révision du dit avenant.

Le présent avenant de révision, conclu conformément aux dispositions conventionnelles et légales en vigueur, a précédemment été soumis au Comité Central d'Entreprise du 17 novembre 2015.

TITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 : OBJET DE L'ACCORD

Compte tenu des évolutions législatives et réglementaires intervenues depuis la date de conclusion de l'avenant n° 3 du 14 décembre 2011 relatif au régime frais de santé des salariés de la Fondation d'Auteuil, et notamment le Décret du 18 novembre 2014 et la Circulaire DSS du 30 janvier 2015 relative au « *contrat responsable* », les organisations syndicales représentatives et la Direction se sont réunies afin de revoir les modalités de la protection complémentaire dont bénéficient l'ensemble des salariés de la Fondation d'Auteuil en matière de remboursement complémentaire de frais de santé.

A l'issue de ces discussions et après information et consultation du Comité Central d'entreprise, il a été convenu des dispositions suivantes, qui ont vocation à se substituer intégralement aux dispositions antérieures prévue par les accords relatifs au régime des frais de santé en matière de remboursement complémentaire de frais de santé.

En effet, dans un souci de clarté et afin d'éviter les renvois entre des textes différents, les signataires du présent avenant ont souhaité que toutes les dispositions relatives aux frais de santé applicables aux collaborateurs de la Fondation d'Auteuil soient réunies au sein d'un seul et même texte.

Les parties conviennent ainsi que le présent avenant se substitue intégralement à tout usage, engagement unilatéral ou accord ayant pu exister au sein de la Fondation d'Auteuil en matière de remboursement complémentaire de frais de santé.

Les garanties sont assurées par l'organisme assureur sélectionné par la Fondation d'Auteuil.

ARTICLE 2 : ENTREE EN VIGUEUR DE L'ACCORD

L'avenant de révision entre en vigueur **à compter du 1er janvier 2016**, date à laquelle le nouveau contrat d'assurance collectif frais de santé s'applique.

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

ARTICLE 3 : CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des salariés bénéficiaires de tous les établissements de la Fondation d'Auteuil sous réserve des précisions apportées à l'article 5.2.

TITRE 2 - REGLEMENT DU REGIME APPLICABLE A L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

ARTICLE 4 : GESTION DES ENGAGEMENTS

Les parties signataires conviennent que le régime frais de santé est assuré par un organisme assureur dont le choix relève de la Direction Générale de la Fondation d'Auteuil après avis de la Commission logement / prêt d'honneur / mutuelle et prévoyance du Comité Central d'Entreprise.

La Direction se réserve le choix de faire appel à un courtier pour assurer les missions de conseil et de gestion ou de confier ces missions à l'organisme assureur.

Le choix de cet organisme assureur a été arrêté dans le cadre d'une procédure d'appel d'offres, en fonction notamment des montants des cotisations proposées, de la durée pendant laquelle l'organisme assureur s'est engagé à maintenir ces taux, des garanties offertes et de la qualité du service proposé.

L'existence du contrat d'assurance conforme aux dispositions du présent accord est une condition substantielle de l'engagement, à défaut de laquelle, la Fondation n'aurait pas conclu l'accord.

Un réexamen des conditions de gestion du régime sera réalisé dans un délai maximum de 3 ans, conformément aux dispositions de l'article L.912-2 du Code de la sécurité sociale.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant le réexamen, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement, d'un commun accord, du contrat de garanties collectives, à la suite d'un avenant au présent accord.

ARTICLE 5 : ADHESION DES COLLABORATEURS

5.1. - Salariés bénéficiaires

Le régime des frais de santé est institué au profit des salariés bénéficiaires, ci –après définis.

Est considéré comme salarié bénéficiaire, tout salarié de la Fondation d'Auteuil lié à cette dernière par un contrat de travail au sens du Code du travail et percevant à ce titre une rémunération versée par elle, que ce contrat soit à durée déterminée ou indéterminée, à temps plein ou à temps partiel.

Les salariés à temps partiel bénéficient des mêmes garanties que les salariés à temps plein et sont contraints par les mêmes obligations.

Les garanties sont accordées aux salariés bénéficiaires et à leurs ayant droits inscrits à l'effectif de la Fondation d'Auteuil à la date de l'entrée en vigueur du présent avenant ainsi qu'à l'ensemble des salariés engagés postérieurement.

Ne sont pas visés, dans le champ d'application du présent accord, les salariés dont le contrat de travail est suspendu et ne donnant pas lieu à indemnisation financée au moins en partie par l'employeur. Le salarié ne pourra prétendre au bénéfice du présent régime pendant toute la durée de cette suspension.

Les salariés quittant l'entreprise et adhérant au présent régime, pourront bénéficier d'un maintien de leurs garanties, dans le cadre du dispositif de portabilité des garanties frais de santé, conformément aux dispositions légales et conventionnelles en vigueur lors de la rupture de leur contrat.

Les salariés ont la possibilité de solliciter le bénéfice du présent régime en contrepartie du paiement intégral des cotisations.

Les modalités de ce maintien feront l'objet d'une lettre d'information remise aux salariés lors de leur départ de l'entreprise.

5.2. - Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des ayants droit du salarié au présent régime sera obligatoire.

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les collaborateurs concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

5.2.1. - Dérogations au caractère obligatoire de l'adhésion

Les collaborateurs visés ci-après ont la faculté de ne pas adhérer au présent régime :

a) Les collaborateurs sous contrat à durée déterminée (CDD) et travailleurs saisonniers

Deux cas de figure sont à considérer :

> Les collaborateurs bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois

> Les collaborateurs bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, qui demandent à être dispensés d'affiliation doivent le faire savoir par écrit, en produisant tous documents justifiant de la couverture souscrite par ailleurs, pour le même type de garanties.

b) Les collaborateurs bénéficiant d'une couverture obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (cas des salariés à employeurs multiples).

c) Les collaborateurs dont le conjoint - travaillant également à la Fondation Apprentis d'Auteuil - est affilié à la mutuelle au titre de la cotisation « famille ».

d) Les collaborateurs travaillant à temps très partiel (moins d'un mi-temps) et apprentis, dont l'adhésion au système de garanties les conduiraient à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute.

e) Les salariés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU – C) ou de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) qui demandent à être dispensés d'affiliation doivent le faire savoir par écrit, en produisant tous documents justifiant le bénéfice de la CMUC ou d'une ACS. Dans ces cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

f) Les collaborateurs qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire obligatoire suivants :

- Dispositif de protection sociale complémentaire répondant aux conditions de L.242-1 alinéa 6 du Code de la sécurité sociale *(couverture obligatoire d'entreprise du conjoint dont le caractère obligatoire porte sur le conjoint et les ayants-droits)*
- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la sécurité sociale *(régime locale d'Alsace-Moselle)*
- Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 *(régime complémentaire relevant de la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières – CAMIEG)*
- Dispositif prévu par les dispositions du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels *(mutuelles des fonctions publiques)*
- Dispositif prévu par les dispositions du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels *(mutuelles des fonctions publiques) ;*
- Dispositif prévu par des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle *(contrats d'assurance de groupe dits « Madelin ») ;*
- Régime spécial de sécurité sociale des gens de mer *(ENIM)*
- Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF *(CPRPSNCF).*

Dans ces cas, le salarié doit justifier par écrit de cette couverture chaque année.

Ces possibilités d'adhésion facultative sont exclusivement ouvertes aux collaborateurs visés ci-dessus et ne remettent pas en cause le caractère obligatoire du régime.

Les collaborateurs qui entendent renoncer à leur affiliation au régime doivent en faire la demande expresse auprès du responsable des ressources humaines, dans un délai de 10 jours.

Les parties conviennent que cette renonciation vaut, concernant les CDD de moins de 12 mois, pour la durée telle que définie au jour où le collaborateur a demandé à ne pas être affilié au régime. Concernant les autres catégories de collaborateurs visés, cette renonciation vaut tant que les conditions sont réunies.

5.2.2. - Collaborateurs dont le contrat de travail est suspendu

L'adhésion des collaborateurs est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par la Fondation d'Auteuil et le régime de prévoyance.

Dans une telle hypothèse, la Fondation d'Auteuil verse la même contribution que pour les collaborateurs actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le collaborateur doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Pour ce faire, dans les cas où il n'est pas pratiqué de prise en charge par la Sécurité Sociale de subrogation, le collaborateur est tenu d'adresser, dans les 10 jours suivants la suspension de son contrat de travail, un relevé d'identité bancaire à la Fondation d'Auteuil ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation.

Les collaborateurs dont le contrat de travail et la paie sont suspendus notamment pour congé parental d'éducation, congé individuel de formation, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise ou toute autre absence au titre de laquelle le collaborateur est dispensé d'activité sans percevoir de salaire, pourront bénéficier du barème de prestations du présent accord mais dans le cadre d'une gestion individuelle, la totalité de la cotisation leur étant imputable.

5.3. - Dispositions spécifiques pour les enseignants Etat

Compte tenu de leur statut de droit public, les enseignants sous contrat (communément appelés « maîtres contractuels) liés avec l'Etat par un contrat d'enseignement, payés par l'Education nationale ou le Ministère de l'Agriculture et détachés dans les établissements de la Fondation d'Auteuil, ne relèvent pas de la définition posée à l'article 5.1.

Cependant, dans l'objectif de reconnaître le travail qu'ils effectuent auprès des publics accueillis dans les établissements de la Fondation d'Auteuil, et dans un esprit de solidarité entre l'ensemble des collaborateurs de la Fondation d'Auteuil, les parties signataires conviennent de les intégrer dans le champ d'application du présent avenant de révision et de leur étendre à titre obligatoire le régime de frais médicaux.

Cette intégration ne remet pas en cause le fait qu'ils ne sont pas liés par un quelconque contrat de travail avec la Fondation d'Auteuil.

ARTICLE 6 : GARANTIES

Les garanties annexées au présent avenant ont été élaborées par les parties au contrat d'assurance. En aucun cas, elles ne constituent un engagement pour la Fondation, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les garanties figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Les garanties prévues par le contrat d'assurance doivent respecter toutes les dispositions spécifiques législatives et réglementaires liées aux contrats obligatoires d'assurance complémentaire frais de santé (contrats responsables). Les parties conviennent donc que les adaptations des garanties visées au contrat d'assurance et liées à l'évolution du cahier des charges des contrats responsables, dès lors qu'il n'existe aucune marge de négociation pour les partenaires sociaux, seront automatiquement mises en œuvre par simple avenant au contrat d'assurance annexé.

ARTICLE 7 : FINANCEMENT DES GARANTIES

Le financement des garanties de protection sociale complémentaire instaurées par le présent avenant est assuré conjointement par l'employeur et les collaborateurs bénéficiaires définis aux articles du chapitre 5. Le principe du co-financement répond à la notion de solidarité et concourt à l'exercice d'un autocontrôle des coûts.

La Fondation d'Auteuil procède au précompte de la quote-part de la cotisation à la charge du salarié conformément aux dispositions de la Loi Evin du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Pour les enseignants état, le dispositif de recouvrement des cotisations sera à organiser avec l'organisme gestionnaire.

7.1. - Montant, assiette et répartition des cotisations

La Fondation d'Auteuil a pour objectif de reconnaître les charges financières plus importantes qui pèsent sur les personnels en charge de famille et d'y participer. C'est la raison pour laquelle la prise en charge des frais de santé est modulée en fonction de la situation familiale des salariés bénéficiaires.

Les garanties offertes dans le cadre du présent avenant sont donc financées par une cotisation patronale et salariale fixée et répartie au 1er janvier 2015, comme suit :

- ⇒ cotisation des salariés en situation « Isolé » : 40 % à la charge du collaborateur et 60 % à la charge de l'employeur,
- ⇒ cotisation des salariés en situation « famille » : 40 % à la charge du collaborateur, 60 % à la charge de l'employeur.

La mise en conformité du régime frais de santé aux obligations légales en matière de contrat responsable ainsi que l'amélioration des garanties pour l'ensemble des collaborateurs induit une évolution des cotisations.

Les collaborateurs devront obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle (isolé ou famille).

Les collaborateurs ont l'obligation d'informer l'entreprise de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale.

Les cotisations seront indexées en fonction des résultats des comptes.
Le montant des cotisations s'élèvera à :

Pour l'année 2016 :

		Montant
Régime Général	Isolé	**61,61 €**
	Famille	**128,38 €**
Régime Alsace Moselle	Isolé	**49,28 €**
	Famille	**102,71 €**

Pour les années 2017 et 2018 :

		Montant
Régime Général	Isolé	**61,08 €**
	Famille	**127,26 €**
Régime Alsace Moselle	Isolé	**48,85 €**
	Famille	**101,82 €**

Ces montants s'entendent hors évolutions législatives et réglementaires et sont garantis trois (3) ans à compter du 1er janvier 2016.

7.2. - Les cas particulier des ayants droit déjà couverts par ailleurs

Les collaborateurs qui sont en mesure de justifier que leur(s) enfant(s) à charge et/ou leurs ayants droits, tels que définis au contrat d'assurance, sont déjà couverts par ailleurs, pourront décider de ne pas les couvrir, sous réserve de justifier annuellement et par écrit de la couverture dont ils bénéficient.

Ainsi peuvent être dispensés les ayants droits :

- Qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012. Ils devront en justifier chaque année auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation.
- Couverts par ailleurs à titre individuel pour les frais de santé. Ils sont tenus de justifier de leur situation par la production d'une attestation d'affiliation. A l'échéance de leur contrat, ils seront tenus de cotiser au régime.

- Bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L 863-1 du Code de la Sécurité Sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette aide.
- Bénéficiaires de la CMU-C prévue à l'article L 861-3 du Code de la Sécurité Sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture.

Dans ce cas, ils seront autorisés à cotiser au tarif « isolé » malgré leur situation de famille réelle.

A défaut de fournir à la Fondation d'Auteuil chaque année les justificatifs de cette couverture avant le 1er février de chaque année, les collaborateurs seront contraints d'acquitter la cotisation afférente à leur situation familiale objective.

7.3. - L'équilibre économique du régime

La variation des cotisations est répartie entre l'employeur et le collaborateur dans les mêmes proportions que celles visées ci-dessus.

Il a été convenu entre les parties signataires que le présent avenant n'est pas modifié en cas d'évolution du taux global de cotisations si celle-ci correspond à l'évolution du ratio sinistre sur prime dans la limite de 10 % d'augmentation annuelle. Le nouveau taux de cotisation sera automatiquement annexé au présent avenant dans le cadre de l'actualisation de son annexe technique.

Le régime mis en place doit rester parfaitement équilibré. Par ailleurs, l'organisme assureur établira pour chaque exercice civil un compte de résultat technique permettant d'analyser l'utilisation des garanties.

Les résultats sont établis tous les ans avant le 30 juin de l'année suivante et présentés avant le 30 septembre de la même année. En aucun cas la Fondation d'Auteuil ne s'est engagée sur les garanties définies dans le contrat annexé qui relève de la seule responsabilité de l'assureur.

En cas de difficulté, les parties signataires se rencontreront sur l'initiative de la Direction ou de la Commission logement/ prêt d'honneur / mutuelle et prévoyance du Comité Central d'Entreprise pour arrêter les mesures propres à restaurer cet équilibre. La Direction et la Commission logement/ prêt d'honneur / mutuelle et prévoyance du Comité Central d'Entreprise étudieront ensemble les mesures à prendre ; ces mesures pourront être relatives, soit à une redéfinition du niveau des cotisations, soit à une redéfinition du niveau des garanties accordées dans le cadre du présent avenant.

A défaut d'accord dans les trois mois, les niveaux de remboursement seront techniquement ajustés par l'organisme assureur aux fins de restaurer l'équilibre du régime sans que cet ajustement puisse être considéré comme une modification importante du présent avenant.

7.4. - Garanties complémentaires

Il a été décidé de la mise en place d'un fonds social dédié. Celui-ci sera financé à hauteur de 0.7% des cotisations totales prévoyance et frais de santé nettes de frais et de taxes prélevées avant l'affectation des résultats.

- La gestion de ce fonds social dédié sera réalisée entre les membres de la Commission logement/ prêt d'honneur / mutuelle et prévoyance du Comité Central d'Entreprise et la Direction. La

Commission logement/ prêt d'honneur / mutuelle et prévoyance du Comité Central d'Entreprise présentera la gestion de ce fonds une fois par an à la Direction et aux organisations syndicales.

- Un service connect@aide sera mis à disposition des salariés de la Fondation Apprentis d'Auteuil. Celui-ci sera financé à hauteur de 0.3 % des cotisations totales prévoyance et frais de santé nettes de frais et de taxes prélevées avant l'affectation des résultats.

TITRE 3 - DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 8 : CONTROLE SPECIFIQUE DU REGIME

Le contrôle du régime, en vue notamment de veiller au maintien de son équilibre technique, est réalisé par la Direction et par la Commission logement/ prêt d'honneur / mutuelle et prévoyance du Comité Central d'Entreprise. En cas de difficulté, les parties signataires se rencontreront sur l'initiative de la Direction ou de la Commission logement/ prêt d'honneur / mutuelle et prévoyance du Comité Central d'Entreprise pour arrêter les mesures propres à restaurer cet équilibre.

Cette commission peut demander de réaliser un bilan d'évaluation du dispositif, plus particulièrement avec les objectifs suivants :

- Une analyse éventuelle des difficultés de gestion du dispositif
- L'établissement des propositions d'amélioration des modalités de gestion du dispositif pouvant être soumises à l'organisme assureur ou à l'organisme gestionnaire
- Une présentation et analyse des évolutions actuarielles du dispositif en vue d'évaluer l'éventualité d'une révision des niveaux de garanties et de financement.

Cette commission pourra également être réunie à la demande de ses membres, lorsque les circonstances le justifient.

ARTICLE 9 : INFORMATION DES SALARIES

Il est remis à chaque salarié justifiant des conditions requises pour être éligible au bénéfice du présent règlement, une notice résumant les garanties et les obligations liées au régime.

Cette notice, envoyée par l'organisme assurant les missions de gestion, sera adressée au plus tard dans les trois mois suivants la date d'entrée en vigueur du nouveau régime ou dans les trois mois suivant la date d'embauche, pour les salariés embauchés postérieurement à l'entrée en vigueur du présent avenant.

Cette notice est actualisée autant que nécessaire et sera communiquée dans les mêmes conditions.

ARTICLE 10 : DENONCIATION DE L'ACCORD

Le présent accord collectif peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires.

La dénonciation notifiée à chacun des signataires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 30 septembre de chaque exercice prend effet le 31 décembre dudit exercice.

Le préavis de dénonciation est donc fixé à trois mois et, en tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du contrat d'assurance.

Durant la période qui sépare la date effective de dénonciation et le 31 décembre de l'exercice en question, les organisations syndicales représentatives se réuniront aux fins d'envisager les suites à donner à cette dénonciation.

A défaut de conclusion d'un nouvel accord, le présent accord conservera alors tous ses effets durant les douze mois suivant la date d'effet de la dénonciation ou de la remise en cause.

ARTICLE 11 : REVISION DE L'ACCORD

A la demande de l'une des parties signataires, les dispositions du présent avenant peuvent faire l'objet d'une révision en application des dispositions de l'article L.2225-5 du Code du Travail.

Dans cette hypothèse, la demande de révision doit être portée à la connaissance des autres parties signataires et adhérentes par écrit et comporter l'indication des dispositions dont la révision est demandée.

Au plus tard dans les trois mois suivant cette formalisation, les parties sus-indiquées doivent ouvrir une négociation en vue de la rédaction d'un nouveau texte.

Les dispositions de l'avenant dont la révision est demandée restent en vigueur jusqu'à la conclusion d'un nouvel accord.

La révision de l'accord conduisant à modifier les garanties et/ou les taux de cotisation, ne peut valoir que pour l'avenir.

ARTICLE 12 : CADUCITE DE L'ACCORD

Dans l'hypothèse où le contrat d'assurance souscrit au profit de l'ensemble du personnel de la Fondation d'Auteuil serait résilié, à l'initiative de l'organisme assureur, notamment du fait d'une dégradation des résultats techniques, d'une proposition d'augmentation des cotisations ou d'une dégradation des garanties, et où aucun nouveau contrat frais de santé ne serait conclu aux conditions établies, le présent avenant serait caduc, la condition essentielle de l'engagement de l'entreprise ayant disparu.
A la cessation d'effet du contrat d'assurance, le présent avenant cessera donc de s'appliquer, sans autre délai de survie.

Les parties signataires ou adhérentes conviennent de se réunir, à l'initiative de chacune d'entre elles, dès la connaissance d'un risque de caducité, afin d'examiner les solutions de substitutions éventuelles.

ARTICLE 13 : CONSULTATION DES INSTANCES ET FORMALITES DE DEPOT ET DE PUBLICITE

Le présent accord a fait l'objet d'une information-consultation du Comité Central d'Entreprise.

La Direction remet en main propre contre décharge ou adresse à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise le présent accord par lettre recommandée avec accusé de réception.

Passé un délai de huit jours à compter de sa notification, le présent accord est déposé à la diligence de l'entreprise, dans les formes légales à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de Paris et au Secrétariat Greffe du Conseil des Prud'hommes de Paris.
Son existence figurera aux emplacements réservés à la communication avec le personnel.

ARTICLE 14 : ANNEXE

Le présent avenant comporte les annexes suivantes :

- Annexe 1 : Tableaux des garanties au 1er janvier 2016
- Annexe 2 : Contrat d'assurance.

Fait à Paris, le 17 novembre 2015

Pour la Fondation d'Auteuil, le Directeur Général
Monsieur Nicolas Truelle

Pour le syndicat FEP-CFDT
Madame Fabienne HILLION

Pour le syndicat UFAS-CGT
Monsieur Justo FREMEAUX

Pour le syndicat FNAS-FO
Monsieur Daniel LAURENT

Pour le syndicat SNEC-CFTC
et CFTC Santé-Sociaux
Monsieur Guillaume LEONARDI

Pour le syndicat SNPCE-UNSA
Monsieur Jean-Pierre GERVIER

Annexe 1 : Tableau des garanties au 1er janvier 2016 (1/2)

	Garanties Frais de santé à effet du 1er janvier 2016 Ensemble du personnel
	Garanties exprimées en complément des prestations Sécurité sociale
HOSPITALISATION CHIRURGICALE	
• Frais de séjour	100% du Ticket Modérateur + 140% de la base de remboursement SS
• Honoraires	**CAS :** 100% du Ticket Modérateur + 140% de la base de remboursement SS **NON CAS en 2016** : 100% du Ticket Modérateur + 120% de la base de remboursement SS **NON CAS en 2017** : 100% du Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement SS
• Chambre Particulière	75 € par jour (15 € par jour en ambulatoire)
• Forfait hospitalier	100% des frais réels
• Frais d'accompagnement (enfant de - de 12 ans ou - de 20 ans si handicapé)	44 € par jour
HOSPITALISATION MEDICALE	
• Frais de séjour	100% du Ticket Modérateur + 60% de la base de remboursement SS
• Honoraires	**CAS :** 100% du Ticket Modérateur + 140% de la base de remboursement SS **NON CAS en 2016** : 100% du Ticket Modérateur + 120% de la base de remboursement SS **NON CAS en 2017** : 100% du Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement SS
• Chambre Particulière	75 € par jour (15 € par jour en ambulatoire)
• Forfait hospitalier	100% des frais réels
• Frais d'accompagnement (enfant de - de 12 ans ou - de 20 ans si handicapé)	44 € par jour
MEDECINE COURANTE	
• Consultations et visites chez un généraliste	**CAS :** 100% du Ticket Modérateur + 95% de la base de remboursement SS **NON CAS** : 100% du Ticket Modérateur + 75% de la base de remboursement SS
• Consultations et visites chez un spécialiste	**CAS :** 100% du Ticket Modérateur + 200% de la base de remboursement SS **NON CAS en 2016** : 100% du Ticket Modérateur + 125% de la base de remboursement SS **NON CAS en 2017** : 100% du Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement SS
• Actes d'imagerie médicale et d'échographie • Actes techniques médicaux	**CAS :** 100% du Ticket Modérateur + 130% de la base de remboursement SS **NON CAS en 2016** : 100% du Ticket Modérateur + 110% de la base de remboursement SS **NON CAS en 2017** : 100% du Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement SS
• Analyses et examens de laboratoire	100% du Ticket Modérateur + 80 % de la base de remboursement SS
• Actes de sage femme	100% du Ticket Modérateur + 80 % de la base de remboursement SS
• Auxiliaires Médicaux	100% du Ticket Modérateur + 80 % de la base de remboursement SS
PHARMACIE	100% du Ticket Modérateur
• Vaccin non remboursés mais prescrits	100% des frais réels
FRAIS D'APPAREILLAGE ET ORTHOPEDIE	100% du Ticket Modérateur + 200% de la base de remboursement SS
PROTHESES AUDITIVES	100% du Ticket Modérateur + 200% de la base de remboursement SS + 510 € par prothèse
DENTAIRE	
• Soins dentaires	100% du Ticket Modérateur + 145% de la base de remboursement SS
• Inlays core	100% du Ticket Modérateur + 145% de la base de remboursement SS
• Prothèses dentaires fixes remboursées par la SS	dents visibles : 100% du Ticket Modérateur + 350% de la base de remboursement SS dents non visibles : 100% du Ticket Modérateur + 250% de la base de remboursement SS
• Prothèses dentaires mobiles remboursées par la SS	100% du Ticket Modérateur + 350% de la base de remboursement SS
• Prothèses dentaires non remboursées par la SS et figurant à la nomenclature	245% de la base de remboursement SS
• Orthodontie acceptée par la SS	100% du Ticket Modérateur + 250% de la base de remboursement SS
• Orthodontie refusée par la SS	350% de la base de remboursement SS
OPTIQUE	***Limitation à 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la correction et pour les enfants (limitation annuelle)***
• Monture et Verres	Voir grille optique (la nouvelle garantie sera exprimée en €)
• Lentilles	100% du Ticket Modérateur + 209% de la base de remboursement SS + 200 € par an
TRANSPORT EN AMBULANCE	100% du Ticket Modérateur
MATERNITE	
• Par accouchement ou adoption	229 €
• Chambre Particulière	75 € par jour
CURE THERMALE	
• Acceptée par la SS	100% du Ticket Modérateur
AUTRES PRESTATIONS	
• Soins à l'étranger	100% du Ticket Modérateur + 80 % de la base de remboursement SS
• Fauteuil roulant	200% de la base de remboursement SS
• Ostéopathie, chiropractie et microkinésithérapie	40 € par séance, limité à 3 séances par an par bénéficiaire
• Diététique, équilibre alimentaire (diététiciens diplômés)	40 € par an par bénéficiaire
• Sevrage tabagique	75 € par an par bénéficiaire
ASSISTANCE	inclus

Annexe 1 : Tableau des garanties au 1er janvier 2016 (2/2)

Grille Optique

Opti 4 : 0€ à charge sur les verres indiqués ci-dessous dans le réseau Itelis

Verres (garanties exprimées en inclusion du remboursement SS)						
Classe de défaut visuel	Défaut visuel (en dioptries)		Dans le réseau de soins « Itélis » Sélection Opti 4		Hors du réseau	
	Myopie/ hypermétropie	Astigmatisme	Verre simple foyer	Verre progressif (jusqu'à la 6ème génération)	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	Aminci Super antireflets haut de gamme		**60 €**	**160 €**
Classe 2	De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 2	Aminci Super antireflets haut de gamme		**70 €**	**180 €**
Classe 3	De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 4	Surface asphérique Super aminci Super anti reflets haut de gamme	Super Aminci Super anti reflets haut de gamme	**85 €**	**200 €**
Classe 4	De 6,25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4,25	Surface à géométrie évoluée Ultra aminci Super antireflets haut de gamme	Ultra aminci Super antireflets haut de gamme	**110 €**	**220 €**
Classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	Tous cylindres	Surface à géométrie évoluée Ultra aminci Précalibrage/optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	Ultra aminci Précalibrage/optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	**140 €**	**240 €**
Monture						
150 €						

Annexe 2 :

Contrat Santé - Entreprise AXA

&

Notice d'information - Santé Entreprise AXA

Assurances collectives
Direction Santé Prévoyance

réinventons / notre métier

CONTRAT SANTE

Santé Entreprise

FONDATION D'AUTEUIL
dont le siège social est
40 rue Jean de la FONTAINE
75116 PARIS
(**LE SOUSCRIPTEUR**)

et

AXA France Vie et AXA France IARD
dont les sièges sociaux sont
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex
(**L'ASSUREUR**)

conviennent des dispositions suivantes formant
le contrat n° **27048172**

- régi par le Code des Assurances -

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 SGI

Ce document contractuel est composé des chapitres ci-après :

CHAPITRE 1 CONDITIONS GENERALES **5**

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT 5
ARTICLE 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT 5
ARTICLE 3 - CATEGORIE ASSUREE 6
ARTICLE 4 - COTISATION 6
ARTICLE 5 - PAIEMENT DE LA COTISATION 7
ARTICLE 6 - DECLARATIONS DU SOUSCRIPTEUR 7
ARTICLE 7 - NOTICE D'INFORMATION 7
ARTICLE 8 - PRESCRIPTION 8
ARTICLE 9 - REVISION DU CONTRAT 8
ARTICLE 10 - RECLAMATION 8
ARTICLE 11 - LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL 9
ARTICLE 12 - COMPENSATION 9
ARTICLE 13 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE 9

CHAPITRE 2 DISPOSITIONS RELATIVES AUX BENEFICIAIRES **10**

ARTICLE 1 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE 10
ARTICLE 2 - AYANTS DROIT 11
ARTICLE 3 - ASSURANCE INDIVIDUELLE 11

CHAPITRE 3 DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE **13**

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE 13
ARTICLE 2 - ETENDUE DE LA GARANTIE 13
ARTICLE 3 - REGLEMENT DES PRESTATIONS 13
ARTICLE 4 - DEFINITIONS 15
ARTICLE 5 - SUBROGATION 15

CHAPITRE 4 MONTANT DES PRESTATIONS **16**

ARTICLE 1 - HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE 16
ARTICLE 2 - TRANSPORT 16
ARTICLE 3 - PHARMACIE 16
ARTICLE 4 - PREVENTION 17
ARTICLE 5 - CONSULTATIONS, VISITES 17
ARTICLE 6 - MEDECINE ALTERNATIVE 17
ARTICLE 7 - ACTES PRATIQUES PAR DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET ANALYSES 18
ARTICLE 8 - ACTES MEDICAUX D'IMAGERIE, ECHOGRAPHIE, DOPPLER, ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE 18
ARTICLE 9 - DENTAIRE 18
ARTICLE 10 - ORTHESES, PROTHESES, MATERIEL ET APPAREILS NON VISES PAR AILLEURS AU PRESENT CHAPITRE ET PROTHESES AUDITIVES FIGURANT A LA L.P.P. 19
ARTICLE 11 - OPTIQUE 19
ARTICLE 12 - MATERNITE 21
ARTICLE 13 - CURES THERMALES 21

CHAPITRE 5 TELECONSULTATION 22

ARTICLE 1 - DEFINITIONS 22
ARTICLE 2 - OBJET 22
ARTICLE 3 - MISE EN OEUVRE DE LA GARANTIE 22
ARTICLE 4 - RESPONSABILITE 24
ARTICLE 5 - DATE D'EFFET ET DUREE 24
ARTICLE 6 - INFORMATIQUE ET LIBERTE 24
ARTICLE 7 - RECLAMATION ET DIFFERENDS 25
ARTICLE 8 - EXCLUSIONS 25

CHAPITRE 6 SERVICES D'ASSISTANCE 26

ARTICLE 1 - ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS 26
ARTICLE 2 - ASSISTANCE EN CAS DE GROSSESSE OU DE SEJOUR EN MATERNITE 28
ARTICLE 3 - ASSISTANCE EN CAS DE CHIMIOTHERAPIE ET/OU RADIOTHERAPIE 29
ARTICLE 4 - ASSISTANCE EN CAS DE DEPLACEMENT A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE 29
ARTICLE 5 - DEFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE 29
ARTICLE 6 - MISE EN OEUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE 30

CHAPITRE 7 SERVICES SANTE 31

CHAPITRE 8 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGES SANS SOLDE 34

ARTICLE 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET 34
ARTICLE 2 - COTISATION 34
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 34

CHAPITRE 9 MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE 35

ARTICLE 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN 35
ARTICLE 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN 35
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES 35
ARTICLE 4 - MODALITES D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIE 36
ARTICLE 5 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE 36
ARTICLE 6 - COTISATION 36

CHAPITRE 10 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE LICENCIEMENT 37

ARTICLE 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET 37
ARTICLE 2 - COTISATION 37
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 37

CHAPITRE 11 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITE 38

ARTICLE 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET 38
ARTICLE 2 - COTISATION 38
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 38

CHAPITRE 12 MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT D'UN ASSURE DECEDE 39

ARTICLE 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET 39
ARTICLE 2 - COTISATION 39
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 39

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 SGI

CHAPITRE 13 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE RETRAITE 40

ARTICLE 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET 40
ARTICLE 2 - BENEFICIAIRES 40
ARTICLE 3 - GARANTIE 40
ARTICLE 4 - COTISATION 40
ARTICLE 5 - DUREE ET CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 41

Au contrat est jointe pour en faire partie intégrante, la notice d'information établie par l'assureur en application de l'article L 141-4 du Code des Assurances.

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61, rue Taitbout - 75009 PARIS).

Le souscripteur déclare être pleinement informé de ce que l'assureur est soumis, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

Fait à PARIS, en double exemplaire, le 4 mai 2016.

Pour LE SOUSCRIPTEUR :

Nicolas Truelle

Nicolas TRUELLE
Directeur général
FONDATION D'AUTEUIL
40 rue Jean de La Fontaine
75781 Paris Cedex 16

Pour L'ASSUREUR :
JPG

AXA France VIE
S.A. au capital de 487 725 073 €
régie par le Code des Assurances
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex
310 499 959 RCS Nanterre

Chapitre 1

CONDITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire. Il a pour objet d'assurer, pour la garantie remboursement de frais médicaux, le personnel salarié affilié à la Sécurité sociale, appartenant à la catégorie visée à l'article 3 et répondant aux conditions d'admission visées au Chapitre 2.

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

Il prend en charge :

- **l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,**
- **les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,**
- **l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.**

Il ne prend pas en charge :

- **les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès au Soins au delà de la limite fixée par décret,**
- **la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires, (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).**

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

En outre, le contrat respecte le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L911-4 du code de la Sécurité sociale.

Article 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat prend effet le PREMIER JANVIER DEUX MILLE SEIZE.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au trente et un décembre qui suit celle de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au premier janvier de chaque année.

Il peut être dénoncé à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi, la résiliation intervenant le trente et un décembre à minuit de l'année de dénonciation.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 SGI

Article 3 - CATEGORIE ASSUREE

La catégorie assurée est ainsi définie : **l'ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité sociale.**

Article 4 - COTISATION

La cotisation mensuelle est fixée comme suit, par assuré :

- **A la date d'effet du contrat :**

  - pour les assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale :
    - par assuré sans ayant droit bénéficiaire : 61,61 euros
    - par assuré avec ayant droit(s) bénéficiaire : 128,38 euros
  - pour les assurés relevant du régime de l'Alsace-Moselle :
    - par assuré sans ayant droit bénéficiaire : 49,28 euros
    - par assuré avec ayant droit(s) bénéficiaire : 102,71 euros

- **A compter du 1er janvier 2017 :**

  pour les assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale :
    - par assuré sans ayant droit bénéficiaire : 61,08 euros
    - par assuré avec ayant droit(s) bénéficiaire : 127,26 euros
  - pour les assurés relevant du régime de l'Alsace-Moselle :
    - par assuré sans ayant droit bénéficiaire : 48,85 euros
    - par assuré avec ayant droit(s) bénéficiaire : 101,82 euros

Ces cotisations sont fixées pour les exercices 2017 et 2018, sous réserve des dispositions législatives, fiscales ou règlementaires, qui pourraient intervenir d'ici le 1er janvier 2019.

Dans la cotisation sont incluses les taxes réglementaires en vigueur à la date d'effet du contrat.

A compter du 1er janvier 2019, le taux de cotisation sera revu chaque année en commun accord avec le souscripteur, en fonction :

- des résultats constatés par l'assureur
- de l'évolution de la consommation de services et biens médicaux (CSBM). L'évolution de la consommation de services et biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de services et biens médicaux recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.

Article 5 - PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable trimestriellement, dans les conditions suivantes :

- avant le dix du mois qui suit chacun des trois premiers trimestres civils, le souscripteur verse la cotisation due au titre du trimestre écoulé,
- avant le 1er février de chaque année, le souscripteur verse le solde de la cotisation annuelle.

Les moyens de paiement doivent être libellés exclusivement au nom de l'assureur : ils sont établis par le souscripteur qui est seul responsable du versement de la cotisation auprès de l'assureur.

A défaut de paiement, l'assureur pourra mettre en demeure le souscripteur, suspendre et résilier le contrat selon les modalités du Code des Assurances.

Article 6 - DECLARATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur doit fournir :

- à la date d'effet du contrat :
  - un état nominatif de la totalité des salariés de la catégorie à assurer, mentionnant notamment la date de naissance et la situation de famille,
  - pour chaque assuré, un bulletin individuel d'adhésion accompagné de la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale, d'un RIB, RIP ou RICE, et le cas échéant, des pièces justificatives relatives aux ayants droit,
  - dans le cas d'une mise en place du présent contrat par décision unilatérale de l'employeur, la liste des salariés exerçant leur droit de ne pas y adhérer.
- en cours de contrat :
  - le bulletin individuel d'adhésion accompagné des informations ci-dessus pour tout nouvel arrivant dans la catégorie assurée,
  - dans les plus brefs délais et avant trente jours :
    - les informations relatives aux changements de situation de famille,
    - les informations concernant les assurés qui sortent de la catégorie assurée ; le souscripteur doit alors restituer l'éventuelle attestation de tiers payant santé,
- avant chaque 1er février, un état récapitulatif des salariés assurés l'année précédente mentionnant les nom, prénom, date de naissance, situation de famille, dates d'entrée et de sortie de l'assurance au cours de ladite année.

Article 7 - NOTICE D'INFORMATION

Le souscripteur est légalement tenu :

- de remettre à chaque assuré la notice établie par l'assureur, qui définit la garantie et ses modalités d'application,
- d'informer l'assuré des modifications qu'il est prévu d'apporter à ses droits et obligations.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 SGI

Article 8 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, le délai de la prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont 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.

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

L'interruption de la prescription 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 9 - REVISION DU CONTRAT

Le souscripteur et l'assureur conviennent de se communiquer, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou tout acte juridique susceptible de modifier les conditions préexistantes de l'assurance.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire, ou un accord collectif, vient à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements de l'assureur, ce dernier procédera, le cas échéant, pour la date d'effet des modifications en cause, à la révision des conditions de l'assurance.

Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate. En particulier, le contrat sera automatiquement révisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

A défaut d'accord sur cette révision, le souscripteur comme l'assureur peut mettre fin au contrat, en dehors de la période de résiliation prévue à l'article 2, à la fin du trimestre civil suivant la date d'envoi d'une lettre recommandée.

Article 10 - RECLAMATION

Indépendamment du droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur privilégié ou le service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, l'assuré peut faire appel à la Direction Relations Clientèle d'AXA Assurances Collectives (TSA 46 307 - 95 901 CERGY PONTOISE Cedex 9). Il devra alors préciser son nom, le numéro du présent contrat ainsi que ses coordonnées complètes.

La situation de l'intéressé sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 8 jours et une réponse lui sera adressée dans un délai de 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si aucune solution n'a été trouvée, l'assuré peut faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante - La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>. L'intervention du médiateur est gratuite.

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

Article 11 - LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le souscripteur s'engage à communiquer à l'assureur les informations concernant les assurés dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées aux réassureurs concernés, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du présent contrat.

En retour, les assurés ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le Service Information Clients d'AXA France Vie (313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex).

Article 12 - COMPENSATION

Les opérations d'assurance découlant du contrat font l'objet d'un compte de résultats dont les modalités sont spécifiées par avenant.

Article 13 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, il est précisé que :

L'assureur est réputé fournir une couverture de risques et ne sera pas responsable ni tenu de payer l'indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations exposerait l'assureur à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 SGI

Chapitre 2

DISPOSITIONS RELATIVES AUX BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires du contrat sont l'assuré et ses ayants droit ci-après définis.

Article 1 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE

Pour le salarié

Admission à l'assurance

L'admission à l'assurance a lieu, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, dès la date d'entrée dans la catégorie assurée et, au plus tôt, à la date d'effet du contrat, à condition que le contrat de travail du salarié soit en vigueur. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, maternité ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, bénéficient des garanties du présent contrat. Les salariés relevant d'un autre cas de suspension du contrat de travail sont garantis selon les dispositions du Chapitre "Maintien de l'assurance en cas de congé sans solde".

Cessation de l'assurance

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat ; elle prend fin pour chaque assuré :

- à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie assurée,
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite,

et, pour l'ensemble des assurés, à la date de résiliation du contrat.

La cessation ou la suspension de l'assurance pour l'assuré s'applique à ses ayants droit à la même date.

Pour les ayants droit

Date d'admission à l'assurance

La date d'admission à l'assurance des ayants droits est, selon le cas :

- la date d'admission à l'assurance de l'assuré lorsque celui-ci a opté pour une cotisation "assuré avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)" et qu'en conséquence, les ayants droit figurent sur le bulletin individuel d'affiliation initial de l'assuré,
- la date à laquelle au moins un membre de la famille de l'assuré répond à la définition visée à l'article 2 et que la demande de celui-ci pour une cotisation "assuré avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)" est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- dans tous les autres cas : le premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande de l'assuré pour une cotisation "assuré avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)".

Cessation de l'assurance

L'assuré qui avait opté pour une cotisation "assuré avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)" peut demander, à tout moment, une cotisation "assuré sans ayants droit". La radiation de l'assurance des ayants droit intervient alors le dernier jour du mois civil qui suit la réception de la demande. Toute radiation est définitive, le ou les ayants droit ne pourront pas être réintégrés ultérieurement. Toutefois, en cas de changement de situation professionnelle du conjoint justifiant de la perte du bénéfice de sa couverture obligatoire, le conjoint et les enfants pourront être réintégrés au contrat.

Article 2 - AYANTS DROIT

L'assuré peut demander l'admission des membres de sa famille définis ci-après :

- **son conjoint** non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale,

  Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, son concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué,

  Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

- **ses enfants et ceux de son conjoint** :

  - jusqu'à leur 20ème anniversaire, s'ils sont à sa charge (ou à celle de son conjoint) au sens de la Sécurité sociale,

  - jusqu'à leur 28ème anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :

    - ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des Étudiants,

    - ils suivent des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,

    - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrit au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,

  - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

- **ses ascendants et ceux de son conjoint** s'ils sont à sa charge (ou à celle de son conjoint) au sens de la Sécurité sociale.

Article 3 - ASSURANCE INDIVIDUELLE

Une assurance de groupe à adhésion individuelle est proposée par l'assureur à :

- tout assuré en invalidité (et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale), licencié, préretraité ou retraité. La demande d'adhésion doit être transmise dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail (ou, lorsque le présent contrat prévoit un maintien de l'assurance dans l'un ou l'autre des cas visés, dans les deux mois qui suivent la cessation dudit maintien),
- tout ayant droit (tel que défini à l'article 2) d'un assuré décédé. La demande d'adhésion doit être transmise dans les six mois qui suivent le décès de l'assuré (ou, lorsque le présent contrat prévoit dans un tel cas un maintien de l'assurance, dans les deux mois qui suivent la cessation dudit maintien), pour une durée de 12 mois.

Cette assurance prend effet au lendemain de la demande, elle est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des prestations est au plus équivalent à celui du présent contrat. Conformément aux conditions prévues par le décret n° 90-769 du 30 août 1990, l'augmentation de tarif de cette assurance individuelle est limitée à 50% du tarif global applicable aux salariés.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Ref. 960472 12 2009 SGI

Une assurance de groupe à adhésion individuelle est également proposée par l'assureur à tout assuré dont le contrat de travail est en vigueur, dans les deux mois qui suivent la résiliation du présent contrat, lorsque ce dernier n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance de groupe. Cette assurance prend effet au lendemain de la demande, elle est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des prestations est au plus équivalent à celui du présent contrat.

Chapitre 3

DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement de prestations complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité sociale concernant l'assuré et les personnes visées au Chapitre 2 (article 2) pour lesquelles il ouvre droit à garantie (ayants droit).

Article 2 - ETENDUE DE LA GARANTIE

Les frais ouvrant droit à prestation sont ceux énumérés au chapitre 4 qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en vigueur ou dans la Liste des Produits et Prestations (LPP) et qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite au chapitre 4.

L'assureur prend en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

Article 3 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les assurés bénéficient du Tiers Payant auprès des professionnels de santé ayant adhéré à la convention nationale de dispense d'avance de frais, pour la pharmacie, les laboratoires de biologie, les cabinets de radiologie, les auxiliaires médicaux, les centres de santé et les soins externes à l'hôpital public.

En l'absence de Tiers Payant et pour les actes non cités ci-dessus, les pièces justificatives visées au paragraphe 3.1 doivent être fournies.

3.1 Pièces à fournir

L'assuré doit remettre toutes pièces justificatives visées ci-après, qui seront conservées par l'assureur.

Hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement sous césarienne

- selon la facturation dont relève l'établissement :
  - le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
  - l'original de la facture acquittée et détaillée,
  - l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement,
- dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires acquittées et détaillées.

Frais de transport

- l'original du décompte de la Sécurité sociale.

Pharmacie

- l'original du décompte de la Sécurité sociale,

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 980472 12 2009 SGI

Frais de prévention

- la prescription médicale,
- l'original de la facture du pharmacien, en ce qui concerne les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale,
- l'original de la facture acquittée relative à la consultation du diététicien,
- l'original du décompte de la Sécurité sociale, en ce qui concerne le dépistage de l'hépatite B et le détartrage sus et sous gingival.

Médecine douce

- la facture détaillée et acquittée au nom du bénéficiaire.

Soins, prothèses dentaires et orthodontie

- l'original du décompte de la Sécurité sociale,
- pour les prothèses, l'original de la note d'honoraires acquittée et détaillée de tous les actes.

Optique

- l'original du décompte de la Sécurité sociale ou l'original de la prescription médicale de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale,
- l'original de la facture détaillée et acquittée.

Frais d'accouchement

- un extrait d'acte de naissance de l'enfant,
- l'original de la facture détaillée et acquittée selon le cas.

Cures thermales

- l'original du décompte de la Sécurité sociale et l'original de la facture détaillée et acquittée.

Autres postes

- l'original du décompte de la Sécurité sociale,
- en cas de dépassement de la base de remboursement de la Sécurité sociale, l'original de la facture.

3.2 Observations sur les pièces à fournir

Lorsqu'il est fait référence à la facture, celle-ci doit comporter la mention « acquittée » et détailler les actes, le prix correspondant à chacun d'eux et la date à laquelle ils ont été effectués.

Si le décompte de la Sécurité sociale est télétransmis par cette dernière, l'assuré n'a pas à nous le faire parvenir.

D'une façon générale, en tant que de besoin, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie.

3.3 Délai de transmission des pièces

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, être adressées dans les vingt-quatre mois suivant la date des soins.

3.4 Contrôle

L'assureur se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé de l'intéressé et des soins effectués.

Il peut demander, si besoin, toute pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie.

Article 4 - DEFINITIONS

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

Tiers payant : disposition particulière prévue à la mise en place du contrat permettant à l'adhérent et à ses ayants droit de se faire délivrer, sans avance de frais, des produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et pris en charge par la Sécurité sociale ou de ne pas avancer le ticket modérateur pour les dépenses engagées auprès des laboratoires de biologie, des cabinets de radiologie, des auxiliaires médicaux, des centres de santé et des hôpitaux publics pour les soins externes.

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

Article 5 - SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'assuré, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 131-2 du Code des Assurances : l'assureur est subrogé, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions de l'assuré, contre tout tiers responsable.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 Sil

Chapitre 4

MONTANT DES PRESTATIONS

Les prestations prévues au présent chapitre sont calculées **acte par acte** et sont, en tout état de cause, **limitées à la différence entre les frais exposés et les prestations correspondantes de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.**

Article 1 - HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE

(Y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Tous établissements (y compris centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissements ou services psychiatriques, maisons de santé).

- **Frais de séjour hospitalisation chirurgicale :**
  100 % du ticket modérateur majoré de 140 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, au titre des frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), des frais de salle d'opération, de la pharmacie, des autres frais médicaux et chirurgicaux, à l'exception des honoraires,
- **Frais de séjour hospitalisation médicale :**
  100 % du ticket modérateur majoré de 60 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, au titre des frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), de la pharmacie, des autres frais médicaux, à l'exception des honoraires,
- **honoraires médicaux, chirurgicaux et des anesthésistes réanimateurs** :
  Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins
  100 % du ticket modérateur majoré de 140 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
  Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins
  100 % du ticket modérateur majoré de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
  (par dérogation, pour 2016, 100 % du ticket modérateur majoré de 120 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale)
- 100 % du **forfait journalier** en vigueur
- 44 euros, par jour, au titre des frais **d'accompagnement** d'un enfant de moins de 12 ans ou de moins de 20 ans si handicapé
- 75 euros, par jour, au titre des frais de **chambre particulière**. La prestation est limitée à 15 euros par jour en ambulatoire

Article 2 - TRANSPORT

100 % du ticket modérateur

Article 3 - PHARMACIE

100 % du ticket modérateur

Article 4 - PREVENTION

Les actes suivants sont pris en charge au titre du poste Prévention :

- **les vaccins :**
  - remboursés par la Sécurité sociale : 100 % du ticket modérateur,
  - non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché : 100 % des frais réels.
- **le dépistage de l'Hépatite B :** 100 % du ticket modérateur majoré de 80 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale,
- **un détartrage** annuel complet sus et sous gingival : 100 % du ticket modérateur majoré de 145 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale,
- Consultation, chez un **diététicien diplômé uniquement** : 40 euros par an par bénéficiaire
- **les substituts nicotiniques** prescrits médicalement : 75 euros par an par bénéficiaire de plus de 16 ans

Article 5 - CONSULTATIONS, VISITES

Pour les généralistes :

- **Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**
  100 % du ticket modérateur majoré de 95 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- **Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**
  100 % du ticket modérateur majoré de 75 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Pour les spécialistes :

- **Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**
  100 % du ticket modérateur majoré de 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- **Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**
  100 % du ticket modérateur majoré de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
  (par dérogation, pour 2016, 100% du ticket modérateur majoré de 125 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale)

Article 6 - MEDECINE ALTERNATIVE

Les séances d'**ostéopathie**, de **chiropraxie**,et de **microkinésithérapie** non remboursées par la Sécurité sociale sont prises en charge dans la limite de 40 euros par séance et de 3 séances par année civile et par bénéficiaire.

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
RCS 960472 12 2009 SOI

Article 7 - ACTES PRATIQUES PAR DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET ANALYSES

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux :

100 % du ticket modérateur majoré de 80 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Analyses :

100 % du ticket modérateur majoré de 80 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Article 8 - ACTES MEDICAUX D'IMAGERIE, ECHOGRAPHIE, DOPPLER, ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE

- **Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**

  100 % du ticket modérateur majoré de 130 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- **Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**

  100 % du ticket modérateur majoré de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

  (par dérogation, pour 2016, 100 % du ticket modérateur majoré de 110 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale)

Article 9 - DENTAIRE

Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), les Inlays Onlays d'obturation, la parodontologie, la chirurgie et la radiologie*

100 % du ticket modérateur majoré de 145 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

* Les actes de radiologie dentaire qui ne sont pas réalisés par un chirurgien-dentiste sont pris en charge au titre des actes médicaux d'imagerie (voir l'article 8 ci-dessus).

Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges) remboursés par la Sécurité sociale

- 100 % du ticket modérateur majoré de 250 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

- supplément dents du sourire (incisives et canines supérieures et inférieures, prémolaires supérieures et premières prémolaires inférieures) : 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) remboursés par la Sécurité sociale

100 % du ticket modérateur majoré de 350 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Inlays Core remboursés par la Sécurité sociale

100 % du ticket modérateur majoré de 145 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Orthopédie dento-faciale (orthodontie) remboursée par la Sécurité sociale

100 % du ticket modérateur majoré de 250 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Frais d'orthopédie dento-faciale non remboursés par la Sécurité sociale

Par dérogation au Chapitre 3 (article 2), les frais d'orthopédie dento-faciale non remboursés par la Sécurité sociale ouvrent droit à garantie (sur la base d'un TO 90), dans la limite par bénéficiaire de la garantie, de 350 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée par semestre.

Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale et figurant à la nomenclature (par dérogation au Chapitre 3 (article 2))

245 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée

Article 10 - ORTHESES, PROTHESES, MATERIEL ET APPAREILS NON VISES PAR AILLEURS AU PRESENT CHAPITRE ET PROTHESES AUDITIVES FIGURANT A LA L.P.P.

Prothèses auditives figurant à la L.P.P. :

100 % du ticket modérateur majoré de 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et de 510 euros par prothèse.

Autres prothèses :

100 % du ticket modérateur majoré de 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Le fauteuil roulant : 200% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Article 11 - OPTIQUE

Verres

La garantie relative aux verres est fixée comme suit, par verre, selon la correction à apporter :

Si un bénéficiaire va chez un opticien du réseau Itelis :

- Il n'a pas de reste à charge sur le verre de la sélection ci-dessous, en fonction de son défaut visuel et de son niveau de correction,
- Il bénéficie de tarifs négociés (- 40 % en moyenne) et de verres de qualité, même s'il choisit un autre type de verre que celui de la sélection ; dans ce cas, il aura à sa charge l'éventuelle différence de prix entre le prix du verre choisi et celui du verre ci-dessous.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 900472 12 2009 SGI

Sélection Opti 4

Défaut Visuel		Type de verre	
Myopie ou Hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme	Verre simple foyer	Verre Progressif Jusqu'à la 6ème génération
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	*aminci super antireflets haut de gamme*	*aminci super antireflets haut de gamme*
De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 2	*aminci super antireflets haut de gamme*	*aminci super antireflets haut de gamme*
De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 4	*surface asphérique super aminci super antireflets haut de gamme*	*super aminci super antireflets haut de gamme*
De 6,25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4,25	*surface à géométrie évoluée ultra aminci super antireflets haut de gamme*	*ultra aminci super antireflets haut de gamme*
Supérieure ou égale à 8,25	Tous cylindres	*surface à géométrie évoluée ultra aminci précalibrage/optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme*	*ultra aminci précalibrage / optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme*

Grille respectant les minima et maxima réglementaires

Si un bénéficiaire va chez un opticien en dehors du réseau Itelis, il ne bénéficie pas des tarifs négociés et sa garantie est limitée aux montants définis ci-dessous en fonction de son défaut visuel et de son niveau de correction, pour chacun des verres :

Défaut Visuel		Remboursement en euros par verre y compris Sécurité Sociale	
Myopie ou Hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme	Verre simple foyer	Verre Progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	*60 €*	*160 €*
De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 2	*70 €*	*180 €*
De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 4	*85 €*	*200 €*
De 6,25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4,25	*110 €*	*220 €*
Supérieure ou égale à 8,25	Tous cylindres	*140 €*	*240 €*

Monture

150 euros

Nous limitons notre prise en charge, à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire, à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans (tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien). Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

Lentilles de contact correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)

100 % du ticket modérateur majoré de 209 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et de 200 euros par année civile et par bénéficiaire

Article 12 - MATERNITE

Les frais d'accouchement (et des cinq premiers jours d'hospitalisation) d'une bénéficiaire de la garantie, inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance ouvrent droit à une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé à 229 euros, et ce, par dérogation au préambule du chapitre, quels que soient les frais restant à la charge de l'intéressée après intervention de la Sécurité sociale et de tout autre organisme. Elle est exclusive de toute autre prestation s'agissant des frais suivants indemnisés par la Sécurité sociale au titre de l'Assurance Maternité : honoraires médicaux sauf honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne, frais de séjour.

Les frais de chambre particulière ouvrent droit à une prestation fixée, dans la limite des frais réels, à 75 euros, par jour.

Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne sont indemnisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale.

Cette indemnité est également versée en cas d'adoption survenue pendant la période d'assurance, sous réserve que l'assuré remette à l'assureur :

- le certificat émanant de l'Aide Sociale à l'Enfance ou d'une oeuvre d'adoption autorisée attestant du placement de l'enfant en vue de son adoption plénière et précisant l'âge ou la date de naissance de l'adopté,
- à défaut, une copie du jugement d'adoption plénière.

Article 13 - CURES THERMALES

100 % du ticket modérateur, à l'exclusion de toute autre prestation, pour l'ensemble des frais suivants : frais médicaux, frais de transport et frais de séjour (y compris ceux n'ayant pas donné lieu à un remboursement de l'action sanitaire et sociale de la Caisse concernée).

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 SGI

Chapitre 5

TELECONSULTATION

La« Téléconsultation » est une garantie de consultation médicale à distance dont la mise en œuvre est confiée à AXA Assistance (6 rue André Gide -92320 Châtillon, - 311 338 339 RCS Nanterre).

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

Article 1 - DEFINITIONS

- **Téléconsultation : consultation médicale par téléphone**
- **Equipe Médicale ou Equipe de Médecins** : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance
- **Médecin** : Médecin généraliste
- **IDE** : Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat

Article 2 - OBJET

Le présent chapitre a pour objet de définir les conditions et modalités de mise en œuvre de la téléconsultation pour les bénéficiaires du présent contrat.

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

Article 3 - MISE EN OEUVRE DE LA GARANTIE

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

Les réponses apportées, fonction du besoin du bénéficiaire, peuvent être de trois types :

- Téléconsultation,
- Information générale de santé,
- Orientation.

3.1 Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité de son médecin traitant et **en dehors de toute urgence**, le bénéficiaire peut contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier d'une Téléconsultation.

L'équipe de Médecins est joignable 24h/24 et 7j/7 pour lui délivrer une Téléconsultation dans le respect des dispositions légales concernant le secret médical.

Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera son appel. Après l'avoir informé des modalités de fourniture de la garantie de Téléconsultation et avoir recueilli son consentement, elle enregistrera sa demande et le mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procèdera à la Téléconsultation.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance lui apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

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

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

Dans le cas où L'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, le bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec l'autorisation du bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Attention : Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le médecin d'AXA Assistance réorientera le bénéficiaire vers son médecin traitant.

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

3.2 Information

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

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

3.3 Orientation

A la demande du bénéficiaire, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut l'aider à exercer son libre choix en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Ref. 960472 12 2009 SGI

Article 4 - RESPONSABILITE

4.1 Responsabilité d'AXA Assistance

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

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

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

4.2 Responsabilité du Bénéficiaire ou de l'Assuré

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

Article 5 - DATE D'EFFET ET DUREE

La date d'effet et la durée de la garantie de Téléconsultation sont celles du présent contrat.

Toutefois, ces garanties peuvent faire l'objet de modifications ou d'interruption de la part d'AXA Assistance.

Article 6 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978, AXA Assistance informe le bénéficiaire en leur qualité de responsable de traitement que :

- les réponses aux questions qui lui sont posées lors de son appel par leur Equipe Médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de son dossier.
- la finalité du traitement est la Téléconsultation.
- les destinataires des données le concernant sont les Médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec son accord le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

Le bénéficiaire dispose, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations le concernant.

Le bénéficiaire peut s'adresser par courrier à : AXA Assistance France - Service Juridique - 6, rue André Gide - 92320 Châtillon.

Article 7 - RECLAMATION ET DIFFERENDS

7.1 Traitement des réclamations

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

7.2 Différends

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

Article 8 - EXCLUSIONS

Sont exclus de la Téléconsultation :

- les Téléconsultations lorsque l'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale,
- les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un Médecin généraliste,
- les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques,
- les prescriptions d'arrêt de travail,
- les certificats médicaux.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 SGI

Chapitre 6

SERVICES D'ASSISTANCE

L'assureur met en œuvre des services d'assistance pour les bénéficiaires de la garantie, selon les modalités définies ci-après.

Article 1 - ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS

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

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de l'assuré, âgés de moins de 16 ans, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, l'assureur l'organise et la prend en charge :

- soit en permettant la venue d'un proche au domicile de l'assuré,
- soit en acheminant les enfants au domicile d'un des proches du bénéficiaire,
- soit en confiant la garde des enfants à une personne qualifiée, au domicile de l'assuré. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à 75 euros maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à 40 heures, réparties sur vingt jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

L'assureur intervient à la demande des parents et ne peut pas être tenu pour responsable des évènements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

L'assureur prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

Aide-ménagère à domicile

L'assureur recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit en faire la demande à l'assureur dans les huit jours suivant l'hospitalisation.

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

Garde malade

L'assureur recherche et prend en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit en faire la demande à l'assureur dans les huit jours suivant l'hospitalisation.

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

Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

L'assureur organise et prend en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France afin de se rendre au chevet du bénéficiaire pendant son immobilisation.

L'assureur organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de 80 euros par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).

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

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

Organisation de services

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

Le coût de la garantie reste à la charge du bénéficiaire.

Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

A la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, l'équipe médicale de l'assureur 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.

Soins à domicile

En cas d'hospitalisation au domicile ou d'immobilisation au domicile, l'assureur met à disposition du bénéficiaire un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale du médecin traitant.

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

L'assureur ne peut être tenu pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

Soutien pédagogique

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs, l'assureur 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.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 SGI

Ces cours sont dispensés au 15ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Le coût de la garantie reste à la charge de l'assuré ou du bénéficiaire.

Article 2 - ASSISTANCE EN CAS DE GROSSESSE OU DE SEJOUR EN MATERNITE

L'équipe médicale de l'assureur communique des informations et conseils médicaux en puériculture, de 8h à 20h et du lundi au vendredi. Elle donne tout renseignement d'ordre général.

Selon les cas, l'assureur doit 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 de l'assureur ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises dans les domaines suivants :

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

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

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, l'assureur conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant.

Article 3 - ASSISTANCE EN CAS DE CHIMIOTHERAPIE ET/OU RADIOTHERAPIE

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

Le coût de la garantie reste à la charge du bénéficiaire ou de l'assuré.

Article 4 - ASSISTANCE EN CAS DE DEPLACEMENT A PLUS DE 50 Km DU DOMICILE

Si le bénéficiaire est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, l'assureur organise et prend en charge le rapatriement sanitaire par le moyen de transport du choix de l'assuré dès que l'état de santé du bénéficiaire le permet.

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

L'assureur dirige le bénéficiaire alors :

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

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

Article 5 - DEFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE

Territorialité

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier. Les autres garanties s'exercent en France uniquement à l'exclusion de la Corse.

Domicile

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

Hospitalisation

Séjour 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.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 24 heures.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 950472 12 2009 SGI

Maladie

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

Autorité médicale

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

Équipe médicale

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

Proche

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

Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

Article 6 - MISE EN OEUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE

L'assureur prend en charge les seules prestations qu'il organise. Pour la mise en place des services d'assistance, l'assuré doit contacter l'assureur au numéro figurant son attestation de tiers payant santé.

L'assureur ne peut pas être tenu 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.

L'assureur ne peut pas 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.

Chapitre 7

SERVICES SANTE

L'assureur a négocié pour les assurés, avec sa filiale ITELIS, des services d'information médicale et sociale ainsi que des services spécifiques pour les garanties optique, dentaire et audioprothèse.

SERVICES D'INFORMATION MEDICALE ET SOCIALE

Un centre d'appel téléphonique est à la disposition de l'assuré, il est accessible grâce au numéro figurant sur l'attestation de tiers payant santé.

Une équipe de conseillers santé met l'assuré en relation avec des médecins, chirurgiens-dentistes, opticiens, diététiciens... qui l'informent et répondent à toutes les questions médicales ou administratives qu'il peut se poser et plus particulièrement dans les domaines suivants :

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

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

SERVICES EN OPTIQUE, DENTAIRE ET AUDIOPROTHESE

Le service optique, dentaire et audioprothèse est accessible du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 et le samedi de 9h00 à 13h00.

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

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 86472 12 2009 SG

Les bénéficiaires ont accès aux services suivants :

Informations à caractère général

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

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

Etudes de devis et simulation de remboursement

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

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

Le service réalise également des simulations de remboursement de la Sécurité sociale et des garanties frais de santé du bénéficiaire, en se fondant sur les bases de remboursement de la Sécurité sociale, les formules de garanties et l'état des consommations.

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

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

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

En se rendant chez les partenaires, l'assuré bénéficie des engagements suivants :

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

Chez les opticiens partenaires

- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat,
- l'accueil, les conseils et les compétences techniques de professionnels diplômés d'Etat,
- un large choix de montures de toutes matières et de toutes formes, des verres aux normes CE provenant des meilleurs fabricants,
- le contrat adaptation « verres progressifs », le contrat lentilles avec garantie d'adaptation,
- les opérations gratuites d'entretien courant,
- la garantie casse pendant deux ans sans franchise.

Chez les chirurgiens-dentistes partenaires

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

Dans les points de vente d'audioprothèses

- des tarifs préférentiels sur le petit équipement,
- une extension de garanties à 4 ans,
- une garantie perte, vol, casse, sur une gamme d'appareil,
- des essais d'appareillages, des packs piles annuels négociés.

Pour connaître les partenaires les plus proches, l'assuré utilise l'outil de géo localisation mis à disposition sur le site du gestionnaire santé ou appelle son gestionnaire santé au numéro figurant sur son attestation de tiers payant santé.

Pour bénéficier chez un partenaire des accords négociés, l'assuré doit présenter son attestation de tiers payant santé.

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

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC

Chapitre 8

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGES SANS SOLDE

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du souscripteur, pour l'un des congés visés ci-dessous :

- CONGE PARENTAL D'EDUCATION,
- CONGE DE PRESENCE PARENTALE,
- CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE,
- CONGE DE SOUTIEN FAMILIAL,
- CONGE POUR CREATION D'ENTREPRISE,
- CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION,
- CONGE SABBATIQUE.

Article 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent le départ en congé de l'intéressé, la garantie prenant effet à la date dudit départ. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Article 2 - COTISATION

La cotisation est identique à celle prévue pour les membres du personnel en activité et elle est payable mensuellement d'avance.

Elle est réglée directement par l'assuré, seul responsable du paiement des cotisations.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin du congé,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Chapitre 9

MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE

Les garanties du contrat sont maintenues aux anciens salariés appartenant à la catégorie assurée, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Article 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés, déclarés par le souscripteur selon les modalités de l'article 4, dont la rupture du contrat de travail est postérieure à la date d'effet du contrat, et qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties n'est pas accordé :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la rupture de son contrat de travail.

Le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du contrat initial.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, les personnes bénéficiant du maintien de l'assurance dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 à la veille de la date d'effet du contrat sont garanties au titre du présent chapitre.

Article 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN

Les garanties du contrat sont maintenues, à compter du lendemain du jour de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, telle que déclarée par le souscripteur, dans la limite de 12 mois.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux évènements :

- au terme de la durée maximale prévue à l'article 2,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite.

Avant ce terme, le maintien est interrompu à la date de résiliation du contrat.

Les bénéficiaires du présent maintien de garantie pourront toutefois demander, dans les trente jours qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier du maintien de l'assurance dans le cadre des dispositions prévues contractuellement pour les licenciés.

Les personnes ne pouvant pas prétendre à ce maintien pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration du maintien au titre du présent chapitre, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Ref. 960472 12 2009 SGI

Article 4 - MODALITES D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIE

Après l'avoir complété et signé, le souscripteur transmettra à l'assureur, dès la rupture du contrat de travail, le formulaire de la déclaration de maintien prévu à cet effet. Il remettra à son ancien salarié copie de cette déclaration complétée ainsi que de la notice d'information précisant les conditions du maintien.

Article 5 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'assureur se réserve la possibilité de conditionner le service des prestations en cas de sinistre à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Article 6 - COTISATION

Le coût du maintien de l'assurance est, par mutualisation, inclus dans la cotisation prévue pour le personnel en activité.

Chapitre 10

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE LICENCIEMENT

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) dont le contrat de travail est rompu pour licenciement entraînant une indemnisation du Pôle Emploi, y compris :

- pendant le délai de carence appliqué par le régime du Pôle Emploi,
- pendant la période au cours de laquelle, par suite de maladie ou d'accident, l'allocation versée par le régime du Pôle Emploi est remplacée temporairement par les prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Article 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent la date de la rupture du contrat de travail de l'intéressé ou la date de fin du maintien de l'assurance dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 ; la garantie individuelle prend effet à ladite date. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance au titre précédent contrat souscrit auprès de l'ancien assureur, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

Article 2 - COTISATION

La cotisation est identique à celle prévue pour les membres du personnel en activité et elle est payable mensuellement d'avance.

Elle est réglée directement par l'assuré, seul responsable du paiement des cotisations.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin d'indemnisation par le Pôle Emploi,
- au plus tard au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite à taux plein,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Une assurance individuelle, telle que définie au Chapitre 2 (article 3), peut être souscrite auprès de l'assureur dans les deux mois qui suivent la cessation du maintien.

PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 SGI
PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Réf. 960472 12 2009 SGI

Chapitre 11

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITE

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) dont le contrat de travail est rompu pour invalidité indemnisée comme telle par la Sécurité sociale.

Article 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent la rupture du contrat de travail de l'intéressé, la garantie prenant effet à la date de ladite rupture. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance au titre précédent contrat souscrit auprès de l'ancien assureur, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

Article 2 - COTISATION

La cotisation est identique à celle prévue pour les membres du personnel en activité et elle est payable mensuellement d'avance.

Elle est réglée directement par l'assuré, seul responsable du paiement des cotisations.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin d'indemnisation de l'invalidité par la Sécurité sociale,
- au plus tard au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite à taux plein,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Une assurance individuelle, telle que définie au Chapitre 2 (article 3), peut être souscrite auprès de l'assureur dans les deux mois qui suivent la cessation du maintien.

Chapitre 12

MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT D'UN ASSURE DECEDE

L'assurance est maintenue **pendant une durée de douze mois** à la date du décès de l'assuré, sous réserve des dispositions ci-après, aux ayants droit de l'assuré. La qualité d'ayant droit, au sens du Chapitre 2 (article 2), s'apprécie à la date du décès de l'assuré.

Article 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent le décès de l'assuré, la garantie prenant effet à ladite date. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance au titre précédent contrat souscrit auprès de l'ancien assureur, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

Article 2 - COTISATION

La cotisation est celle prévue pour les membres du personnel en activité.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de cessation de paiement des cotisations,
- en cas de résiliation du contrat,
- en tout état de cause, après une durée de douze mois de maintien des garanties à compter de la date du décès de l'assuré.

En cas de résiliation du contrat, une assurance individuelle peut être souscrite auprès de l'assureur conformément aux dispositions prévues au Chapitre 2 (article 3).

Réf. 960472 12 2009 SGI PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC

Chapitre 13

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE RETRAITE

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) dont le contrat de travail est rompu pour départ à la retraite.

Article 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent la rupture du contrat de travail de l'intéressé, la garantie prenant effet à la date de ladite rupture. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance au titre précédent contrat souscrit auprès de l'ancien assureur, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

Article 2 - BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires du maintien de l'assurance sont l'assuré et ses ayants droit à la date de rupture du contrat de travail.

Article 3 - GARANTIE

La garantie est celle prévue Chapitre 4, sous réserve de ce qui suit (ces dispositions ne s'appliquent pas s'agissant d'un enfant ayant droit).

Les frais de cure thermale ouvrent droit à garantie jusqu'au 70ème anniversaire du bénéficiaire.

Article 4 - COTISATION

La cotisation mensuelle est fixée comme suit, par assuré :

- **A la date d'effet du contrat :**

  - pour les assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale :
    - par assuré sans ayant droit bénéficiaire : 86,25 euros
    - par assuré avec ayant droit(s) bénéficiaire : 179,73 euros
  - pour les assurés relevant du régime de l'Alsace-Moselle :
    - par assuré sans ayant droit bénéficiaire : 68,99 euros
    - par assuré avec ayant droit(s) bénéficiaire : 143,79 euros

- **A compter du 1er janvier 2017 :**

  pour les assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale :

  - par assuré sans ayant droit bénéficiaire : 85,51 euros
  - par assuré avec ayant droit(s) bénéficiaire : 178,16 euros

  - pour les assurés relevant du régime de l'Alsace-Moselle :

  - par assuré sans ayant droit bénéficiaire : 68,39 euros
  - par assuré avec ayant droit(s) bénéficiaire : 142,55 euros

Ces cotisations sont fixées pour les exercices 2017 et 2018, sous réserve des dispositions législatives, fiscales ou règlementaires, qui pourraient intervenir d'ici le 1er janvier 2019.

Dans la cotisation sont incluses les taxes réglementaires en vigueur à la date d'effet du contrat.

Article 5 - DUREE ET CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

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

- à la date du décès de l'assuré,
- en cas de résiliation du contrat.

Une assurance individuelle, telle que définie au Chapitre 2 (article 3), peut être souscrite auprès de l'assureur :

- par l'assuré, dans les deux mois qui suivent la cessation du maintien,
- par les ayants droit, dans les deux mois qui suivent le décès de l'assuré.

Ref. 960472 12 2009 Sici PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC
Ref. 960472 12 2009 Sici PEFC 10-31-1493 / Certifié PEFC

NOTICE D'INFORMATION

Santé Entreprise

NOTICE D'INFORMATION

relative au contrat n° **27048172**
régi par le Code des Assurances

souscrit par **FONDATION D'AUTEUIL**
dont le siège social est
40 rue Jean de la FONTAINE
75116 PARIS
(**LE SOUSCRIPTEUR**)

auprès

d'**AXA France Vie et AXA France IARD**
dont le siège social est
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex
(**L'ASSUREUR**)

Cette notice présente les garanties en vigueur au PREMIER JANVIER DEUX MILLE DIX HUIT.

Ce document contractuel est composé des chapitres ci-après :

CHAPITRE 1 CONDITIONS GENERALES 4

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT 4
ARTICLE 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT 4
ARTICLE 3 - CATEGORIE ASSUREE 5
ARTICLE 4 - PRESCRIPTION 5
ARTICLE 5 - RECLAMATION 5
ARTICLE 6 - LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL 6
ARTICLE 7 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE 6

CHAPITRE 2 DISPOSITIONS RELATIVES AUX BENEFICIAIRES 7

ARTICLE 1 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE 7
ARTICLE 2 - AYANTS DROIT 8
ARTICLE 3 - ASSURANCE INDIVIDUELLE 8

CHAPITRE 3 DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE 10

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE 10
ARTICLE 2 - ETENDUE DE LA GARANTIE 10
ARTICLE 3 - REGLEMENT DES PRESTATIONS 10
ARTICLE 4 - DEFINITIONS 12
ARTICLE 5 - SUBROGATION 12

CHAPITRE 4 MONTANT DES PRESTATIONS 13

ARTICLE 1 - HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE 13
ARTICLE 2 - TRANSPORT 13
ARTICLE 3 - PHARMACIE 13
ARTICLE 4 - PREVENTION 14
ARTICLE 5 - CONSULTATIONS, VISITES 14
ARTICLE 6 - MEDECINE ALTERNATIVE 14
ARTICLE 7 - ACTES PRATIQUES PAR DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET ANALYSES 14
ARTICLE 8 - ACTES MEDICAUX D'IMAGERIE, ECHOGRAPHIE, DOPPLER, ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE 15
ARTICLE 9 - DENTAIRE 15
ARTICLE 10 - ORTHESES, PROTHESES, MATERIEL ET APPAREILS NON VISES PAR AILLEURS AU PRESENT CHAPITRE ET PROTHESES AUDITIVES FIGURANT A LA L.P.P. 16
ARTICLE 11 - OPTIQUE 16
ARTICLE 12 - MATERNITE 18
ARTICLE 13 - CURES THERMALES 18

CHAPITRE 5 TELECONSULTATION 19

ARTICLE 1 - DEFINITIONS 19
ARTICLE 2 - OBJET 19
ARTICLE 3 - MISE EN OEUVRE DE LA GARANTIE 19
ARTICLE 4 - RESPONSABILITE 21
ARTICLE 5 - DATE D'EFFET ET DUREE 21
ARTICLE 6 - INFORMATIQUE ET LIBERTE 21
ARTICLE 7 - RECLAMATION ET DIFFERENDS 22
ARTICLE 8 - EXCLUSIONS 22

CHAPITRE 6 SERVICES D'ASSISTANCE 23

ARTICLE 1 - ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS 23
ARTICLE 2 - ASSISTANCE EN CAS DE GROSSESSE OU DE SEJOUR EN MATERNITE 25
ARTICLE 3 - ASSISTANCE EN CAS DE CHIMIOTHERAPIE ET/OU RADIOTHERAPIE 26
ARTICLE 4 - ASSISTANCE EN CAS DE DEPLACEMENT A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE 26
ARTICLE 5 - DEFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE 26
ARTICLE 6 - MISE EN OEUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE 27

CHAPITRE 7 SERVICES SANTE 28

CHAPITRE 8 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGES SANS SOLDE 31

ARTICLE 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET 31
ARTICLE 2 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 31

CHAPITRE 9 MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE 32

ARTICLE 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN 32
ARTICLE 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN 32
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES 32
ARTICLE 4 - MODALITES D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIE 33
ARTICLE 5 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE 33

CHAPITRE 10 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE LICENCIEMENT 34

ARTICLE 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET 34
ARTICLE 2 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 34

CHAPITRE 11 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITE 35

ARTICLE 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET 35
ARTICLE 2 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 35

CHAPITRE 12 MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT D'UN ASSURE DECEDE 36

ARTICLE 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET 36
ARTICLE 2 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 36

CHAPITRE 13 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE RETRAITE 37

ARTICLE 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET 37
ARTICLE 2 - BENEFICIAIRES 37
ARTICLE 3 - GARANTIE 37
ARTICLE 4 - DUREE ET CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE 37

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61, rue Taitbout - 75009 PARIS).

Fait à PARIS, le 5 juillet 2018.

Chapitre 1

CONDITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire. Il a pour objet d'assurer, pour la garantie remboursement de frais médicaux, le personnel salarié affilié à la Sécurité sociale, appartenant à la catégorie visée à l'article 3 et répondant aux conditions d'admission visées au Chapitre 2.

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

Il prend en charge :

- **l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,**
- **les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,**
- **l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.**

Il ne prend pas en charge :

- **les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès au Soins au-delà de la limite fixée par décret,**
- **la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires, (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).**

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

En outre, le contrat respecte le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L911-4 du code de la Sécurité sociale.

Article 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat prend effet le PREMIER JANVIER DEUX MILLE SEIZE.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au trente et un décembre qui suit celle de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au premier janvier de chaque année.

Il peut être dénoncé à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi, la résiliation intervenant le trente et un décembre à minuit de l'année de dénonciation.

Article 3 - CATEGORIE ASSUREE

La catégorie assurée est ainsi définie : **l'ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité sociale.**

Article 4 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, le délai de la prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont 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.

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

L'interruption de la prescription 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 5 - RECLAMATION

Indépendamment du droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur privilégié ou le service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, l'assuré peut faire appel à la Direction Relations Clientèle d'AXA Assurances Collectives (TSA 46 307 - 95 901 CERGY PONTOISE Cedex 9). Il devra alors préciser son nom, le numéro du présent contrat ainsi que ses coordonnées complètes.

La situation de l'intéressé sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 8 jours et une réponse lui sera adressée dans un délai de 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si aucune solution n'a été trouvée, l'assuré peut faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante - La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>. L'intervention du médiateur est gratuite.

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

Article 6 - LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le souscripteur s'engage à communiquer à l'assureur les informations concernant les assurés dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées aux réassureurs concernés, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du présent contrat.

En retour, les assurés ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le Service Information Clients d'AXA France Vie (313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex).

Article 7 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, il est précisé que :

L'assureur est réputé fournir une couverture de risques et ne sera pas responsable ni tenu de payer l'indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations exposerait l'assureur à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

Chapitre 2

DISPOSITIONS RELATIVES AUX BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires du contrat sont l'assuré et ses ayants droit ci-après définis.

Article 1 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE

Pour le salarié

Admission à l'assurance

L'admission à l'assurance a lieu, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, dès la date d'entrée dans la catégorie assurée et, au plus tôt, à la date d'effet du contrat, à condition que le contrat de travail du salarié soit en vigueur. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, maternité ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, bénéficient des garanties du présent contrat. Les salariés relevant d'un autre cas de suspension du contrat de travail sont garantis selon les dispositions du Chapitre "Maintien de l'assurance en cas de congé sans solde".

Cessation de l'assurance

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat ; elle prend fin pour chaque assuré :

- à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie assurée,
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite,

et, pour l'ensemble des assurés, à la date de résiliation du contrat.

La cessation ou la suspension de l'assurance pour l'assuré s'applique à ses ayants droit à la même date.

Pour les ayants droit

Date d'admission à l'assurance

La date d'admission à l'assurance des ayants droits est, selon le cas :

- la date d'admission à l'assurance de l'assuré lorsque celui-ci a opté pour une cotisation "assuré avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)" et qu'en conséquence, les ayants droit figurent sur le bulletin individuel d'affiliation initial de l'assuré,
- la date à laquelle au moins un membre de la famille de l'assuré répond à la définition visée à l'article 2 et que la demande de celui-ci pour une cotisation "assuré avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)" est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- dans tous les autres cas : le premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande de l'assuré pour une cotisation "assuré avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)".

Cessation de l'assurance

L'assuré qui avait opté pour une cotisation "assuré avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)" peut demander, à tout moment, une cotisation "assuré sans ayants droit". La radiation de l'assurance des ayants droit intervient alors le dernier jour du mois civil qui suit la réception de la demande. Toute radiation est définitive, le ou les ayants droit ne pourront pas être réintégrés ultérieurement. Toutefois, en cas de changement de situation professionnelle du conjoint justifiant de la perte du bénéfice de sa couverture obligatoire, le conjoint et les enfants pourront être réintégrés au contrat.

Article 2 - AYANTS DROIT

L'assuré peut demander l'admission des membres de sa famille définis ci-après :

- **son conjoint** non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale,

  Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, son concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué,

  Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

- **ses enfants et ceux de son conjoint** :

  - jusqu'à leur 20ème anniversaire, s'ils sont à sa charge (ou à celle de son conjoint) au sens de la Sécurité sociale,

  - jusqu'à leur 28ème anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :

  - ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des Étudiants,
  - ils suivent des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
  - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrit au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,

  - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

- **ses ascendants et ceux de son conjoint** s'ils sont à sa charge (ou à celle de son conjoint) au sens de la Sécurité sociale.

Article 3 - ASSURANCE INDIVIDUELLE

Une assurance de groupe à adhésion individuelle est proposée par l'assureur à :

- tout assuré en invalidité (et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale), licencié, préretraité ou retraité. La demande d'adhésion doit être transmise dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail (ou, lorsque le présent contrat prévoit un maintien de l'assurance dans l'un ou l'autre des cas visés, dans les deux mois qui suivent la cessation dudit maintien),
- tout ayant droit (tel que défini à l'article 2) d'un assuré décédé. La demande d'adhésion doit être transmise dans les six mois qui suivent le décès de l'assuré (ou, lorsque le présent contrat prévoit dans un tel cas un maintien de l'assurance, dans les deux mois qui suivent la cessation dudit maintien), pour une durée de 12mois.

Cette assurance prend effet au lendemain de la demande, elle est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des prestations est au plus équivalent à celui du présent contrat. Conformément aux conditions prévues par le décret n° 90-769 du 30 août 1990, l'augmentation de tarif de cette assurance individuelle est limitée à 50% du tarif global applicable aux salariés.

Une assurance de groupe à adhésion individuelle est également proposée par l'assureur à tout assuré dont le contrat de travail est en vigueur, dans les deux mois qui suivent la résiliation du présent contrat, lorsque ce dernier n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance de groupe. Cette assurance prend effet au lendemain de la demande, elle est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des prestations est au plus équivalent à celui du présent contrat.

Chapitre 3

DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement de prestations complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité sociale concernant l'assuré et les personnes visées au Chapitre 2 (article 2) pour lesquelles il ouvre droit à garantie (ayants droit).

Article 2 - ETENDUE DE LA GARANTIE

Les frais ouvrant droit à prestation sont ceux énumérés au chapitre 4 qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en vigueur ou dans la Liste des Produits et Prestations (LPP) et qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite au chapitre 4.

L'assureur prend en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

Article 3 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les assurés bénéficient du Tiers Payant auprès des professionnels de santé ayant adhéré à la convention nationale de dispense d'avance de frais, pour la pharmacie, les laboratoires de biologie, les cabinets de radiologie, les auxiliaires médicaux, les centres de santé et les soins externes à l'hôpital public.

En l'absence de Tiers Payant et pour les actes non cités ci-dessus, les pièces justificatives visées au paragraphe 3.1 doivent être fournies.

3.1 Pièces à fournir

L'assuré doit remettre toutes pièces justificatives visées ci-après, qui seront conservées par l'assureur.

Hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement sous césarienne

- selon la facturation dont relève l'établissement :
  - le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
  - l'original de la facture acquittée et détaillée,
  - l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement,
- dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires acquittées et détaillées.

Frais de transport

- l'original du décompte de la Sécurité sociale.

Pharmacie

- l'original du décompte de la Sécurité sociale,

Frais de prévention

- la prescription médicale,
- l'original de la facture du pharmacien, en ce qui concerne les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale,
- l'original de la facture acquittée relative à la consultation du diététicien,
- l'original du décompte de la Sécurité sociale, en ce qui concerne le dépistage de l'hépatite B et le détartrage sus et sous gingival.

Médecine douce

- la facture détaillée et acquittée au nom du bénéficiaire.

Soins, prothèses dentaires et orthodontie

- l'original du décompte de la Sécurité sociale,
- pour les prothèses, l'original de la note d'honoraires acquittée et détaillée de tous les actes.

Optique

- l'original du décompte de la Sécurité sociale ou l'original de la prescription médicale de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale,
- l'original de la facture détaillée et acquittée.

Frais d'accouchement

- un extrait d'acte de naissance de l'enfant,
- l'original de la facture détaillée et acquittée selon le cas.

Cures thermales

- l'original du décompte de la Sécurité sociale et l'original de la facture détaillée et acquittée.

Autres postes

- l'original du décompte de la Sécurité sociale,
- en cas de dépassement de la base de remboursement de la Sécurité sociale, l'original de la facture.

3.2 Observations sur les pièces à fournir

Lorsqu'il est fait référence à la facture, celle-ci doit comporter la mention « acquittée » et détailler les actes, le prix correspondant à chacun d'eux et la date à laquelle ils ont été effectués.

Si le décompte de la Sécurité sociale est télétransmis par cette dernière, l'assuré n'a pas à nous le faire parvenir.

D'une façon générale, en tant que de besoin, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie.

3.3 Délai de transmission des pièces

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, être adressées dans les vingt-quatre mois suivant la date des soins.

3.4 Contrôle

L'assureur se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé de l'intéressé et des soins effectués.

Il peut demander, si besoin, toute pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie.

Article 4 - DEFINITIONS

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

Tiers payant : disposition particulière prévue à la mise en place du contrat permettant à l'adhérent et à ses ayants droit de se faire délivrer, sans avance de frais, des produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et pris en charge par la Sécurité sociale ou de ne pas avancer le ticket modérateur pour les dépenses engagées auprès des laboratoires de biologie, des cabinets de radiologie, des auxiliaires médicaux, des centres de santé et des hôpitaux publics pour les soins externes.

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

Article 5 - SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement des frais supportés par l'assuré, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 131-2 du Code des Assurances : l'assureur est subrogé, à concurrence des sommes versées par lui, dans les droits et actions de l'assuré, contre tout tiers responsable.

Chapitre 4

MONTANT DES PRESTATIONS

Les prestations prévues au présent chapitre sont calculées **acte par acte** et sont, en tout état de cause, **limitées à la différence entre les frais exposés et les prestations correspondantes de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.**

Article 1 - HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE

(Y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Tous établissements (y compris centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissements ou services psychiatriques, maisons de santé).

- **Frais de séjour hospitalisation chirurgicale :**
  100 % du ticket modérateur majoré de 140 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, au titre des frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), des frais de salle d'opération, de la pharmacie, des autres frais médicaux et chirurgicaux, à l'exception des honoraires,
- **Frais de séjour hospitalisation médicale :**
  100 % du ticket modérateur majoré de 60 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, au titre des frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), de la pharmacie, des autres frais médicaux, à l'exception des honoraires,
- **honoraires médicaux, chirurgicaux et des anesthésistes réanimateurs** :
  Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins
  100 % du ticket modérateur majoré de 140 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
  Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins
  100 % du ticket modérateur majoré de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
  (par dérogation, pour 2016, 100 % du ticket modérateur majoré de 120 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale)
- 100 % du **forfait journalier** en vigueur
- 44 euros, par jour, au titre des frais **d'accompagnement** d'un enfant de moins de 12 ans ou de moins de 20 ans si handicapé
- 75 euros, par jour, au titre des frais de **chambre particulière**. La prestation est limitée à 15 euros par jour en ambulatoire

Article 2 - TRANSPORT

100 % du ticket modérateur

Article 3 - PHARMACIE

100 % du ticket modérateur

Article 4 - PREVENTION

Les actes suivants sont pris en charge au titre du poste Prévention :

- **les vaccins :**

  - remboursés par la Sécurité sociale : 100 % du ticket modérateur,

  - non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché : 100 % des frais réels.
- **le dépistage de l'Hépatite B :** 100 % du ticket modérateur majoré de 80 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale,
- **un détartrage** annuel complet sus et sous gingival :100 % du ticket modérateur majoré de 145 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale,
- Consultation, chez un **diététicien diplômé uniquement** : 40 euros par an par bénéficiaire
- **les substituts nicotiniques** prescrits médicalement : 75 euros par an par bénéficiaire de plus de 16 ans

Article 5 - CONSULTATIONS, VISITES

Pour les généralistes :

- **Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**

  100 % du ticket modérateur majoré de 95 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- **Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**

  100 % du ticket modérateur majoré de 75 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Pour les spécialistes :

- **Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**

  100 % du ticket modérateur majoré de 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- **Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**

  100 % du ticket modérateur majoré de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

  (par dérogation, pour 2016, 100% du ticket modérateur majoré de 125 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale)

Article 6 - MEDECINE ALTERNATIVE

Les séances d'**ostéopathie**, de **chiropraxie**, de **microkinésithérapie** et d'**étiopathie**, non remboursées par la Sécurité sociale sont prises en charge dans la limite de 40 euros par séance et de 3 séances par année civile et par bénéficiaire.

Le praticien doit être inscrit au répertoire d'Automatisation DEs LIstes (ADELI) ou au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS).

Article 7 - ACTES PRATIQUES PAR DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET ANALYSES

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux :

100 % du ticket modérateur majoré de 80 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Analyses :

100 % du ticket modérateur majoré de 80 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Article 8 - ACTES MEDICAUX D'IMAGERIE, ECHOGRAPHIE, DOPPLER, ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE

- **Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**

  100 % du ticket modérateur majoré de 130 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- **Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins**

  100 % du ticket modérateur majoré de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

  (par dérogation, pour 2016, 100 % du ticket modérateur majoré de 110 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale)

Article 9 - DENTAIRE

Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), les Inlays Onlays d'obturation, la parodontologie, la chirurgie et la radiologie*

100 % du ticket modérateur majoré de 145 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

* Les actes de radiologie dentaire qui ne sont pas réalisés par un chirurgien-dentiste sont pris en charge au titre des actes médicaux d'imagerie (voir l'article 8 ci-dessus).

Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges) remboursés par la Sécurité sociale

- 100 % du ticket modérateur majoré de 250 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

- supplément dents du sourire (incisives et canines supérieures et inférieures, prémolaires supérieures et premières prémolaires inférieures) : 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) remboursés par la Sécurité sociale

100 % du ticket modérateur majoré de 350 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Inlays Core remboursés par la Sécurité sociale

100 % du ticket modérateur majoré de 145 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Orthopédie dento-faciale (orthodontie) remboursée par la Sécurité sociale

100 % du ticket modérateur majoré de 250 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Frais d'orthopédie dento-faciale non remboursés par la Sécurité sociale

Par dérogation au Chapitre 3 (article 2), les frais d'orthopédie dento-faciale non remboursés par la Sécurité sociale ouvrent droit à garantie (sur la base d'un TO 90), dans la limite par bénéficiaire de la garantie, de 350 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée par semestre.

Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale et figurant à la nomenclature (par dérogation au Chapitre 3 (article 2))

245 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée

Article 10 - ORTHESES, PROTHESES, MATERIEL ET APPAREILS NON VISES PAR AILLEURS AU PRESENT CHAPITRE ET PROTHESES AUDITIVES FIGURANT A LA L.P.P.

Prothèses auditives figurant à la L.P.P. :

100 % du ticket modérateur majoré de 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et de 510 euros par prothèse.

Autres prothèses :

100 % du ticket modérateur majoré de 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Le fauteuil roulant : 200% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Article 11 - OPTIQUE

Verres

La garantie relative aux verres est fixée comme suit, par verre, selon la correction à apporter :

Si un bénéficiaire va chez un opticien du réseau Itelis :

- Il n'a pas de reste à charge sur le verre de la sélection ci-dessous, en fonction de son défaut visuel et de son niveau de correction,
- Il bénéficie de tarifs négociés (- 40 % en moyenne) et de verres de qualité, même s'il choisit un autre type de verre que celui de la sélection ; dans ce cas, il aura à sa charge l'éventuelle différence de prix entre le prix du verre choisi et celui du verre ci-dessous.

Sélection Opti 4

Défaut Visuel		Type de verre	
Myopie ou Hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme	Verre simple foyer	Verre Progressif Jusqu'à la 6ème génération
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	*aminci super antireflets haut de gamme*	*aminci super antireflets haut de gamme*
De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 2	*aminci super antireflets haut de gamme*	*aminci super antireflets haut de gamme*
De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 4	*surface asphérique super aminci super antireflets haut de gamme*	*super aminci super antireflets haut de gamme*
De 6,25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4,25	*surface à géométrie évoluée ultra aminci super antireflets haut de gamme*	*ultra aminci super antireflets haut de gamme*
Supérieure ou égale à 8,25	Tous cylindres	*surface à géométrie évoluée ultra aminci précalibrage/optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme*	*ultra aminci précalibrage / optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme*

Grille respectant les minima et maxima réglementaires

Si un bénéficiaire va chez un opticien en dehors du réseau Itelis, il ne bénéficie pas des tarifs négociés et sa garantie est limitée aux montants définis ci-dessous en fonction de son défaut visuel et de son niveau de correction, pour chacun des verres :

Défaut Visuel		Remboursement en euros par verre y compris Sécurité Sociale	
Myopie ou Hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme	Verre simple foyer	Verre Progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	*60 €*	*160 €*
De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 2	*70 €*	*180 €*
De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 4	*85 €*	*200 €*
De 6,25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4,25	*110 €*	*220 €*
Supérieure ou égale à 8,25	Tous cylindres	*140 €*	*240 €*

Monture

150 euros

Nous limitons notre prise en charge, à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire, à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans (tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien). Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

Lentilles de contact correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)

100 % du ticket modérateur majoré de 209 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et de 200 euros par année civile et par bénéficiaire

Article 12 - MATERNITE

Les frais d'accouchement (et des cinq premiers jours d'hospitalisation) d'une bénéficiaire de la garantie, inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance ouvrent droit à une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé à 229 euros, et ce, par dérogation au préambule du chapitre, quels que soient les frais restant à la charge de l'intéressée après intervention de la Sécurité sociale et de tout autre organisme. Elle est exclusive de toute autre prestation s'agissant des frais suivants indemnisés par la Sécurité sociale au titre de l'Assurance Maternité : honoraires médicaux sauf honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne, frais de séjour.

Les frais de chambre particulière ouvrent droit à une prestation fixée, dans la limite des frais réels, à 75 euros, par jour.

Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne sont indemnisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale.

Cette indemnité est également versée en cas d'adoption survenue pendant la période d'assurance, sous réserve que l'assuré remette à l'assureur :

- le certificat émanant de l'Aide Sociale à l'Enfance ou d'une oeuvre d'adoption autorisée attestant du placement de l'enfant en vue de son adoption plénière et précisant l'âge ou la date de naissance de l'adopté,
- à défaut, une copie du jugement d'adoption plénière.

Article 13 - CURES THERMALES

100 % du ticket modérateur, à l'exclusion de toute autre prestation, pour l'ensemble des frais suivants : frais médicaux, frais de transport et frais de séjour (y compris ceux n'ayant pas donné lieu à un remboursement de l'action sanitaire et sociale de la Caisse concernée).

Chapitre 5

TELECONSULTATION

La« Téléconsultation » est une garantie de consultation médicale à distance dont la mise en œuvre est confiée à AXA Assistance (6 rue André Gide -92320 Châtillon, - 311 338 339 RCS Nanterre).

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

Article 1 - DEFINITIONS

- **Téléconsultation : consultation médicale par téléphone**
- **Equipe Médicale ou Equipe de Médecins** : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance
- **Médecin** : Médecin généraliste
- **IDE** : Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat

Article 2 - OBJET

Le présent chapitre a pour objet de définir les conditions et modalités de mise en œuvre de la téléconsultation pour les bénéficiaires du présent contrat.

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

Article 3 - MISE EN OEUVRE DE LA GARANTIE

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

Les réponses apportées, fonction du besoin du bénéficiaire, peuvent être de trois types :

- Téléconsultation,
- Information générale de santé,
- Orientation.

3.1 Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité de son médecin traitant et **en dehors de toute urgence**, le bénéficiaire peut contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier d'une Téléconsultation.

L'équipe de Médecins est joignable 24h/24 et 7j/7 pour lui délivrer une Téléconsultation dans le respect des dispositions légales concernant le secret médical.

Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera son appel. Après l'avoir informé des modalités de fourniture de la garantie de Téléconsultation et avoir recueilli son consentement, elle enregistrera sa demande et le mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procèdera à la Téléconsultation.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance lui apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

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

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

Dans le cas où L'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, le bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec l'autorisation du bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Attention : Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le médecin d'AXA Assistance réorientera le bénéficiaire vers son médecin traitant.

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

3.2 Information

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

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

3.3 Orientation

A la demande du bénéficiaire, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut l'aider à exercer son libre choix en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

Article 4 - RESPONSABILITE

4.1 Responsabilité d'AXA Assistance

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

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

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

4.2 Responsabilité du Bénéficiaire ou de l'Assuré

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

Article 5 - DATE D'EFFET ET DUREE

La date d'effet et la durée de la garantie de Téléconsultation sont celles du présent contrat.

Toutefois, ces garanties peuvent faire l'objet de modifications ou d'interruption de la part d'AXA Assistance.

Article 6 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978, AXA Assistance informe le bénéficiaire en leur qualité de responsable de traitement que :

- les réponses aux questions qui lui sont posées lors de son appel par leur Equipe Médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de son dossier.
- la finalité du traitement est la Téléconsultation.
- les destinataires des données le concernant sont les Médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec son accord le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

Le bénéficiaire dispose, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations le concernant.

Le bénéficiaire peut s'adresser par courrier à : AXA Assistance France - Service Juridique - 6, rue André Gide - 92320 Châtillon.

Article 7 - RECLAMATION ET DIFFERENDS

7.1 Traitement des réclamations

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

7.2 Différends

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

Article 8 - EXCLUSIONS

Sont exclus de la Téléconsultation :

- les Téléconsultations lorsque l'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale,
- les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un Médecin généraliste,
- les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques,
- les prescriptions d'arrêt de travail,
- les certificats médicaux.

Chapitre 6

SERVICES D'ASSISTANCE

L'assureur met en œuvre des services d'assistance pour les bénéficiaires de la garantie, selon les modalités définies ci-après.

Article 1 - ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS

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

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de l'assuré, âgés de moins de 16 ans, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, l'assureur l'organise et la prend en charge :

- soit en permettant la venue d'un proche au domicile de l'assuré,
- soit en acheminant les enfants au domicile d'un des proches du bénéficiaire,
- soit en confiant la garde des enfants à une personne qualifiée, au domicile de l'assuré. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à 75 euros maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à 40 heures, réparties sur vingt jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

L'assureur intervient à la demande des parents et ne peut pas être tenu pour responsable des évènements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

L'assureur prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

Aide-ménagère à domicile

L'assureur recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit en faire la demande à l'assureur dans les huit jours suivant l'hospitalisation.

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

Garde malade

L'assureur recherche et prend en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit en faire la demande à l'assureur dans les huit jours suivant l'hospitalisation.

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

Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

L'assureur organise et prend en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France afin de se rendre au chevet du bénéficiaire pendant son immobilisation.

L'assureur organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de 80 euros par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).

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

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

Organisation de services

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

Le coût de la garantie reste à la charge du bénéficiaire.

Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

A la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, l'équipe médicale de l'assureur 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.

Soins à domicile

En cas d'hospitalisation au domicile ou d'immobilisation au domicile, l'assureur met à disposition du bénéficiaire un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale du médecin traitant.

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

L'assureur ne peut être tenu pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

Soutien pédagogique

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs, l'assureur 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.

Ces cours sont dispensés au 15ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Le coût de la garantie reste à la charge de l'assuré ou du bénéficiaire.

Article 2 - ASSISTANCE EN CAS DE GROSSESSE OU DE SEJOUR EN MATERNITE

L'équipe médicale de l'assureur communique des informations et conseils médicaux en puériculture, de 8h à 20h et du lundi au vendredi. Elle donne tout renseignement d'ordre général.

Selon les cas, l'assureur doit 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 de l'assureur ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises dans les domaines suivants :

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

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

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, l'assureur conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant.

Article 3 - ASSISTANCE EN CAS DE CHIMIOTHERAPIE ET/OU RADIOTHERAPIE

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

Le coût de la garantie reste à la charge du bénéficiaire ou de l'assuré.

Article 4 - ASSISTANCE EN CAS DE DEPLACEMENT A PLUS DE 50 Km DU DOMICILE

Si le bénéficiaire est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, l'assureur organise et prend en charge le rapatriement sanitaire par le moyen de transport du choix de l'assuré dès que l'état de santé du bénéficiaire le permet.

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

L'assureur dirige le bénéficiaire alors :

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

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

Article 5 - DEFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE

Territorialité

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier. Les autres garanties s'exercent en France uniquement à l'exclusion de la Corse.

Domicile

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

Hospitalisation

Séjour 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.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 24 heures.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Maladie

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

Autorité médicale

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

Équipe médicale

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

Proche

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

Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, soeurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-soeurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

Article 6 - MISE EN OEUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE

L'assureur prend en charge les seules prestations qu'il organise. Pour la mise en place des services d'assistance, l'assuré doit contacter l'assureur au numéro figurant son attestation de tiers payant santé.

L'assureur ne peut pas être tenu 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.

L'assureur ne peut pas 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.

Chapitre 7

SERVICES SANTE

L'assureur a négocié pour les assurés, avec sa filiale ITELIS, des services d'information médicale et sociale ainsi que des services spécifiques pour les garanties optique, dentaire et audioprothèse.

SERVICES D'INFORMATION MEDICALE ET SOCIALE

Un centre d'appel téléphonique est à la disposition de l'assuré, il est accessible grâce au numéro figurant sur l'attestation de tiers payant santé.

Une équipe de conseillers santé met l'assuré en relation avec des médecins, chirurgiens-dentistes, opticiens, diététiciens... qui l'informent et répondent à toutes les questions médicales ou administratives qu'il peut se poser et plus particulièrement dans les domaines suivants :

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

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

SERVICES EN OPTIQUE, DENTAIRE ET AUDIOPROTHESE

Le service optique, dentaire et audioprothèse est accessible du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 et le samedi de 9h00 à 13h00.

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

Les bénéficiaires ont accès aux services suivants :

Informations à caractère général

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

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

Etudes de devis et simulation de remboursement

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

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

Le service réalise également des simulations de remboursement de la Sécurité sociale et des garanties frais de santé du bénéficiaire, en se fondant sur les bases de remboursement de la Sécurité sociale, les formules de garanties et l'état des consommations.

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

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

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

En se rendant chez les partenaires, l'assuré bénéficie des engagements suivants :

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

<u>Chez les opticiens partenaires</u>

- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat,
- l'accueil, les conseils et les compétences techniques de professionnels diplômés d'Etat,
- un large choix de montures de toutes matières et de toutes formes, des verres aux normes CE provenant des meilleurs fabricants,
- le contrat adaptation « verres progressifs », le contrat lentilles avec garantie d'adaptation,
- les opérations gratuites d'entretien courant,
- la garantie casse pendant deux ans sans franchise.

<u>Chez les chirurgiens-dentistes partenaires</u>

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

Dans les points de vente d'audioprothèses

- des tarifs préférentiels sur le petit équipement,
- une extension de garanties à 4 ans,
- une garantie perte, vol, casse, sur une gamme d'appareil,
- des essais d'appareillages, des packs piles annuels négociés.

Pour connaître les partenaires les plus proches, l'assuré utilise l'outil de géo localisation mis à disposition sur le site du gestionnaire santé ou appelle son gestionnaire santé au numéro figurant sur son attestation de tiers payant santé.

Pour bénéficier chez un partenaire des accords négociés, l'assuré doit présenter son attestation de tiers payant santé.

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

Chapitre 8

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGES SANS SOLDE

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du souscripteur, pour l'un des congés visés ci-dessous :

- CONGE PARENTAL D'EDUCATION,
- CONGE DE PRESENCE PARENTALE,
- CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE,
- CONGE DE SOUTIEN FAMILIAL,
- CONGE POUR CREATION D'ENTREPRISE,
- CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION,
- CONGE SABBATIQUE.

Article 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent le départ en congé de l'intéressé, la garantie prenant effet à la date dudit départ. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Article 2 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin du congé,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Chapitre 9

MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE

Les garanties du contrat sont maintenues aux anciens salariés appartenant à la catégorie assurée, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Article 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés, déclarés par le souscripteur selon les modalités de l'article 4, dont la rupture du contrat de travail est postérieure à la date d'effet du contrat, et qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties n'est pas accordé :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la rupture de son contrat de travail.

Le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du contrat initial.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, les personnes bénéficiant du maintien de l'assurance dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 à la veille de la date d'effet du contrat sont garanties au titre du présent chapitre.

Article 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN

Les garanties du contrat sont maintenues, à compter du lendemain du jour de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, telle que déclarée par le souscripteur, dans la limite de 12 mois.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux évènements :

- au terme de la durée maximale prévue à l'article 2,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite.

Avant ce terme, le maintien est interrompu à la date de résiliation du contrat.

Les bénéficiaires du présent maintien de garantie pourront toutefois demander, dans les trente jours qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier du maintien de l'assurance dans le cadre des dispositions prévues contractuellement pour les licenciés.

Les personnes ne pouvant pas prétendre à ce maintien pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration du maintien au titre du présent chapitre, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

Article 4 - MODALITES D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIE

Après l'avoir complété et signé, le souscripteur transmettra à l'assureur, dès la rupture du contrat de travail, le formulaire de la déclaration de maintien prévu à cet effet. Il remettra à son ancien salarié copie de cette déclaration complétée.

Article 5 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'assureur se réserve la possibilité de conditionner le service des prestations en cas de sinistre à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

_____

Chapitre 10

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE LICENCIEMENT

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) dont le contrat de travail est rompu pour licenciement entraînant une indemnisation du Pôle Emploi, y compris :

- pendant le délai de carence appliqué par le régime du Pôle Emploi,
- pendant la période au cours de laquelle, par suite de maladie ou d'accident, l'allocation versée par le régime du Pôle Emploi est remplacée temporairement par les prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Article 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent la date de la rupture du contrat de travail de l'intéressé ou la date de fin du maintien de l'assurance dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 ; la garantie individuelle prend effet à ladite date. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance au titre précédent contrat souscrit auprès de l'ancien assureur, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

Article 2 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin d'indemnisation par le Pôle Emploi,
- au plus tard au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite à taux plein,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Une assurance individuelle, telle que définie au Chapitre 2 (article 3), peut être souscrite auprès de l'assureur dans les deux mois qui suivent la cessation du maintien.

_____

Chapitre 11

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITE

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) dont le contrat de travail est rompu pour invalidité indemnisée comme telle par la Sécurité sociale.

Article 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent la rupture du contrat de travail de l'intéressé, la garantie prenant effet à la date de ladite rupture. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance au titre précédent contrat souscrit auprès de l'ancien assureur, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

Article 2 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin d'indemnisation de l'invalidité par la Sécurité sociale,
- au plus tard au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite à taux plein,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Une assurance individuelle, telle que définie au Chapitre 2 (article 3), peut être souscrite auprès de l'assureur dans les deux mois qui suivent la cessation du maintien.

Chapitre 12

MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT D'UN ASSURE DECEDE

L'assurance est maintenue **pendant une durée de douze mois** à la date du décès de l'assuré, sous réserve des dispositions ci-après, aux ayants droit de l'assuré. La qualité d'ayant droit, au sens du Chapitre 2 (article 2), s'apprécie à la date du décès de l'assuré.

Article 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent le décès de l'assuré, la garantie prenant effet à ladite date. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance au titre précédent contrat souscrit auprès de l'ancien assureur, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

Article 2 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de cessation de paiement des cotisations,
- en cas de résiliation du contrat,
- en tout état de cause, après une durée de douze mois de maintien des garanties à compter de la date du décès de l'assuré.

En cas de résiliation du contrat, une assurance individuelle peut être souscrite auprès de l'assureur conformément aux dispositions prévues au Chapitre 2 (article 3).

_____

Chapitre 13

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE RETRAITE

L'assurance est maintenue aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) dont le contrat de travail est rompu pour départ à la retraite.

Article 1 - FORMALITES, DATE D'EFFET

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les trente jours qui suivent la rupture du contrat de travail de l'intéressé, la garantie prenant effet à la date de ladite rupture. **Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance au titre précédent contrat souscrit auprès de l'ancien assureur, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

Article 2 - BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires du maintien de l'assurance sont l'assuré et ses ayants droit à la date de rupture du contrat de travail.

Article 3 - GARANTIE

La garantie est celle prévue Chapitre 4, sous réserve de ce qui suit (ces dispositions ne s'appliquent pas s'agissant d'un enfant ayant droit).

Les frais de cure thermale ouvrent droit à garantie jusqu'au 70ème anniversaire du bénéficiaire.

Article 4 - DUREE ET CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

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

- à la date du décès de l'assuré,
- en cas de résiliation du contrat.

Une assurance individuelle, telle que définie au Chapitre 2 (article 3), peut être souscrite auprès de l'assureur :

- par l'assuré, dans les deux mois qui suivent la cessation du maintien,
- par les ayants droit, dans les deux mois qui suivent le décès de l'assuré.

_____

DIRECTIONS DES RELATIONS HUMAINES
Direction des Relations Sociales

FONDATIONAPPRENTIS D'AUTEUIL
Œuvre d'Église – Fondation reconnue d'utilité publique
40, rue Jean de La Fontaine – 75781 Paris Cedex 16
Tél. 01 44 14 75 75 – Fax 01 44 14 74 01 – N° SIREN : 775 688 799

www.apprentis-auteuil.org