



Notice d'information Evoluo Complémentaire Santé et Prévoyance



Août 2018

La Notice a pour but de vous informer des termes des conventions d'assurance n° 801012 pour la garantie Frais de santé et n° 801013 pour les garanties Prévoyance conclues entre les sociétés du groupe AXA et l'Association UGIPS.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- Les conventions d'assurance n° 801012 et n° 801013 sont des contrats collectifs à adhésion facultative couvrant des risques de santé et de prévoyance. Elles seront le plus souvent désignées par les conventions d'assurance.
- Le souscripteur est l'Association UGIPS ci-après dénommée l'UGIPS qui a conclu les conventions d'assurance pour le compte de ses adhérents ; il sera le plus souvent désigné par le souscripteur.
- « L'UGIPS » désigne UGIPS Association, personne morale qui a souscrit le contrat auprès des assureurs. L'UGIPS est une association de loi 1901 à laquelle le postulant à l'assurance a préalablement adhéré.
- Les assureurs sont les sociétés d'assurance qui garantissent les risques souscrits ; ils seront le plus souvent désignés par nous.
- L'adhérent à la convention d'assurance est la personne qui :
 - s'engage par la signature de la demande d'adhésion dans laquelle il choisit notamment les garanties,
 - désigne le ou les bénéficiaires des prestations,
 - paye les cotisations.

La Notice et le certificat d'Adhésion lui sont destinés. Il sera le plus souvent désigné par vous.

- L'assuré est la personne sur la tête de laquelle repose le risque, l'adhérent.
- Le bénéficiaire :
 - pour les garanties Frais de santé : ce sont l'adhérent et ses ayants droit définis à l'article « Les bénéficiaires de la garantie ».
 - pour les garanties Prévoyance : c'est celui à qui les prestations sont versées lorsque s'applique la garantie souscrite. Il peut être soit l'adhérent, soit une autre personne.

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
1. Les dispositions relatives aux conventions d'assurance n° 801012 et n° 801013	2	1.1. Objet des conventions d'assurance
	2	1.2. Effet et durée des conventions d'assurance
	3	1.3. Modification des conventions d'assurance
	3	1.4. La Notice d'information
	3	1.5. Information
	3	1.6. Renonciation
	4	1.7. Réclamations
	4	1.8. Prescription
	5	1.9. Législation relative au traitement des données à caractère personnel
	6	1.10. Mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
	6	1.11. Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
2. Les dispositions relatives à votre adhésion	7	2.1. Choix des garanties
		2.2. Formalités administratives
		2.3. Modification des garanties
		2.4. Cotisations
3. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé (convention d'assurance n° 801012)	12	3.1. Groupe assurable et conditions d'admission à la garantie frais de santé
		3.2. Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties
		3.3. Bénéficiaires de la garantie
		3.4. Remboursements de frais de santé
		3.5. Montants des garanties
		3.6. Services Itelis
		3.7. Service Hospiway®
		3.8. Téléconsultation médicale
		3.9. Accompagnement Easy santé
		3.10. Garanties d'assistance (contrat n° 0803675)
		3.11. La protection juridique (convention n° 10 290 784 404)
		3.12. Documents nécessaires au règlement des prestations
4. Les dispositions relatives aux garanties prévoyance (convention d'assurance n° 801013)	55	4.1. Groupe assurable et conditions d'admission aux garanties prévoyance
		4.2. Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties
		4.3. Base d'assurance
		4.4. Revalorisation des prestations
		4.5. Définition du conjoint, du partenaire, du concubin et des enfants à charge
		4.6. Contrôles médicaux, expertises et arbitrage
		4.7. Règlement de nos prestations
		4.8. Garantie décès
		4.9. Garantie incapacité temporaire totale de travail
		4.10. Garantie invalidité permanente
		4.11. Exclusions
5. La convention d'utilisation des services numériques	71	

1. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONVENTIONS D'ASSURANCE N° 801012 ET N° 801013

1.1. Objet des conventions d'assurance

L'UNION GÉNÉRALE INTERPROFESSIONNELLE DE PRÉVOYANCE SOCIALE « L'UGIPS », Association loi 1901 dont le siège est à Paris (75010), 5, place du Colonel Fabien, a conclu des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative, avec les sociétés d'assurance suivantes du groupe AXA :

■ **AXA France Vie**, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313 Terrasses de l'Arche, pour garantir, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d'adhésion pour chaque garantie :

- le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Les dispositions relatives à la garantie Frais de santé », (convention n° 801012)
- les prestations décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites (décès, incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente) se réalise entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Les dispositions relatives à vos garanties Prévoyance », (convention n° 801013)

■ **INTER PARTNER Assistance** Succursale France située 6, rue André Gide – 92320 Châtillon, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 316 139 500, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 0487, immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055 dont le siège social est situé 166, avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique. **INTER PARTNER Assistance**, société du groupe AXA, intervient dans le cadre de ce Contrat sous la marque AXA PARTNERS, pour garantir les prestations d'assistance selon les dispositions prévues à l'article « Les garanties d'assistance », (**contrat n° 0803675**).

■ **JURIDICA**, dont le siège social est situé : 1, place Victorien Sardou, 78160 Marly-le-Roi, pour garantir des prestations de protection juridique selon les dispositions prévues à l'article « La protection juridique » (**contrat n° 10290784404**).

Les conventions d'assurance sont soumises aux dispositions du Code des assurances et elles sont régies par la Loi française. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

La convention d'assurance n° **801012** est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « **contrats responsables** », défini aux articles L871-1 et L 160-13 du Code de la Sécurité sociale et leurs décrets d'applications.

1.2. Effet et durée des conventions d'assurance

Les conventions d'assurance signées entre l'UGIPS et nous prennent effet le 1^{er} juillet 2018. Elles sont en vigueur jusqu'au 31 décembre 2018 et sont ensuite reconduites tous les premiers janvier par accord tacite, sauf résiliation formulée par lettre recommandée par l'une ou l'autre des parties au moins 2 mois avant cette date.

La résiliation de la convention d'assurance entraîne le transfert des adhésions précédemment acceptées au présent contrat vers un contrat collectif à adhésion facultative ; vous continuez à bénéficier de l'ensemble de vos garanties pour le niveau souscrit et ce, jusqu'à leur extinction, sous réserve du paiement des cotisations selon les modalités de l'article « les cotisations ».

Toutefois, aucune nouvelle adhésion ou modification des garanties ne pourra être acceptée par l'assureur après résiliation.

1.3. Modification des conventions d'assurance

Au cours de la vie de votre adhésion, les conditions et modalités de chacune des conventions d'assurance sont susceptibles d'être modifiées par le souscripteur et/ou nous. En particulier, une décision législative, réglementaire ou fiscale peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements.

En particulier, la convention d'assurance n° 801012 est automatiquement révisée en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par l'UGIPS dans un délai de trois mois minimum avant son entrée en vigueur. Jusqu'à la date d'effet de ces modifications, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les deux mois suivant leur notification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

1.4. La Notice d'information

La preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur. Le souscripteur s'engage à vous remettre un exemplaire de la notice précisant les modalités d'application de la garantie et à vous informer par tout moyen à sa convenance des modifications contractuelles.

1.5. Information

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application de la convention notamment à l'adhésion ou en cas d'application de la garantie, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel auprès de l'UGIPS qui est en mesure d'étudier toutes vos demandes et à défaut à votre conseiller.

1.6. Renonciation

Vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement, pour renoncer à cette adhésion.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à :

AXA EVOLUO
5, place du Colonel Fabien
CS 90008 PARIS 75484 Cedex 10

par exemple, selon modèle suivant :

« Je soussigné (nom et prénom) né(e) le demeurant déclare irrévocablement renoncer à mon adhésion à la convention d'assurance n° 801012 ou la convention 801013 pour laquelle j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours. À le Signature »

La renonciation entraîne la restitution des sommes versées dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.

1.7. Réclamations

En cas de réclamation :

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise Cedex 9

en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

- par mail : sur le site www.mediation-assurance.org
- par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite. Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

1.8. 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

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

1.9. Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.**

Vos données 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).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) 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 votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'assureur.**

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

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

1.10. Mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'Assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de permettre à l'Assureur de respecter ces obligations, le Souscripteur s'engage à remettre à ce dernier les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs. Le souscripteur s'engage à fournir les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance clients de ses adhérents obtenus soit directement soit par l'intermédiaire d'une tierce personne délégataire du souscripteur. Ces éléments devront être obtenus a minima au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'adhérent. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble des éléments communiqués devront être actualisés tout au long de la relation d'affaires.

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

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

1.11. Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent contrat sera sans effet et AXA ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution du contrat exposerait AXA 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.

2 - LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION

2.1. Choix des garanties

2.2.1. Agents titulaires, agents non titulaires de droit public ou stagiaires (pré-titularisation)

Les **agents titulaires, les agents non titulaires de droit public ou les stagiaires (pré-titularisation)**, sous réserve de remplir les conditions d'admission à l'assurance définies à l'article « Les conditions d'admission à l'assurance » et du respect des formalités préalables définies à l'article « Formalités préalables : délai de carence et formalité médicales » pour les garanties Prévoyance, choisissent **leurs garanties de base constituées de la garantie Frais de santé et des garanties socle Prévoyance : décès et incapacité temporaire totale de travail.**

Vous avez la possibilité si vous le souhaitez et sous réserve de remplir les conditions d'admission et les formalités préalables de compléter vos garanties de base en souscrivant la garantie supplémentaire : invalidité permanente.

Garanties de base

Garantie Frais de santé

L'offre santé se compose de trois modules qui couvrent l'ensemble des besoins médicaux et définis à l'article « Montants des garanties » des « Dispositions relatives à la garantie Frais de santé ». L'adhésion aux trois modules est obligatoire.

- **Module Soins courants / Pharmacie / Hospitalisation** composé d'une formule Junior pour les enfants de moins de 18 ans et de trois niveaux pour l'adhérent et les bénéficiaires autres que les enfants de moins de 18 ans bénéficiant de la formule Junior ;
- **Module Dentaire et Optique** composé d'une formule Junior et de trois niveaux pour l'adhérent et les bénéficiaires autres que les enfants de moins de 18 ans bénéficiant de la formule Junior ;
- **Pack Métier** composé d'une formule Junior et d'un niveau pour l'adhérent et les bénéficiaires autres que les enfants de moins de 18 ans bénéficiant de la formule Junior.

Lorsque pour un module, plusieurs niveaux vous sont proposés, vous choisissez le niveau de prise en charge qui correspond à votre besoin.

Les garanties que vous avez choisies s'appliquent pour vous et vos bénéficiaires, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui bénéficient de la formule Junior. Un enfant de 18 ans et plus répondant à la définition des enfants à charge à l'article « Bénéficiaires de la garantie » que vous trouverez dans la présente Notice d'information (au niveau des dispositions relatives à la garantie Frais de santé) bénéficie des mêmes garanties que l'adhérent.

Garanties socle Prévoyance : décès et incapacité temporaire totale de travail

L'offre prévoyance propose deux niveaux de garantie tels que définis en introduction des « Dispositions relatives aux garanties Prévoyance ».

Vous choisissez le niveau qui correspond à votre besoin.

Garantie supplémentaire (option) : invalidité permanente

Vous avez la possibilité de compléter les garanties de base en souscrivant l'option invalidité permanente.

2.2.2. Agents retraités, agents titulaires, agents non titulaires de droit public, stagiaires (non éligibles aux garanties Prévoyance)

Les **agents retraités** tels que définis à l'article « Groupe Assurable » des Dispositions relatives à la garantie Frais de santé et **les agents titulaires ou non titulaires de droit public et les stagiaires** ne répondant pas aux conditions d'admission aux garanties Prévoyance peuvent souscrire la **garantie Frais de santé.**

L'offre santé se compose de trois modules qui couvrent l'ensemble des besoins médicaux et l'article « Montants des

garanties » des « Dispositions relatives à la garantie Frais de santé ». L'adhésion aux trois modules est obligatoire.

- **Module Soins courants / Pharmacie / Hospitalisation** composé d'une formule Junior pour les enfants de moins de 18 ans et de trois niveaux pour l'adhérent et les bénéficiaires autres que les enfants de moins de 18 ans bénéficiant de la formule Junior ;
- **Module Dentaire et Optique** composé d'une formule Junior et de trois niveaux pour l'adhérent et les bénéficiaires autres que les enfants de moins de 18 ans bénéficiant de la formule Junior ;
- **Pack Métier** composé d'une formule Junior et d'un niveau pour l'adhérent et les bénéficiaires autres que les enfants de moins de 18 ans bénéficiant de la formule Junior.

Lorsque pour un module, plusieurs niveaux vous sont proposés, vous choisissez le niveau de prise en charge qui correspond à votre besoin.

Les garanties que vous avez choisies s'appliquent pour vous et vos bénéficiaires, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui bénéficient de la formule Junior. Un enfant de 18 ans et plus répondant à la définition des enfants à charge à l'article « Bénéficiaires de la garantie » que vous trouverez dans la présente Notice d'information (au niveau des dispositions relatives à la garantie Frais de santé) bénéficie des mêmes garanties que l'adhérent.

2.2. Formalités administratives

2.2.2. À l'adhésion

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- le bulletin d'adhésion, que nous vous avons fourni, dûment complété et signé,
- la fiche d'information précontractuelle dûment complétée et signée,
- un mandat de prélèvement SEPA
- un RIB (relevé d'identité bancaire) ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne),
- votre attestation d'assuré social et celle de vos bénéficiaires,
- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur le bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de domicile de moins de 3 mois),

Pièces supplémentaires pour les garanties prévoyance :

Si vous êtes éligible aux garanties prévoyance, en complément des pièces ci-dessus, vous devez nous faire parvenir :

- les documents relatifs aux formalités médicales, le cas échéant,
- le cas échéant : un certificat d'adhésion ou tout autre document justifiant qu'à la veille de votre admission à la convention d'assurance, vous bénéficiez d'un régime prévoyance équivalent,
- le justificatif d'entrée dans la fonction publique,
- la copie de trois bulletins de salaires sur la période des 24 mois précédant la demande d'adhésion. Les bulletins de salaire transmis doivent être représentatifs de votre situation professionnelle à la date de la demande d'adhésion. Pour les nouveaux entrants ou ceux ne pouvant donner trois bulletins de salaire, une copie du contrat de travail pour les agents non titulaires ou tout document mentionnant la rémunération y compris les primes pour les agents titulaires.

2.2.3. En cours d'adhésion

Vous devez nous informer ou fournir :

Pour la garantie Frais de santé

- pour tout nouveau bénéficiaire en cas de changement de situation de famille (mariage, Pacte civil de solidarité ou naissance d'un enfant) :
 - conjoint : une copie de l'acte de mariage,
 - partenaire ou concubin tel que défini à l'article « Bénéficiaires de la garantie » : selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun,

- enfant : une copie de l'acte de naissance,
- l'attestation d'assuré social du nouveau bénéficiaire ;
- pour tout nouveau bénéficiaire, en cas d'évènement de la vie (départ à la retraite ou perte d'emploi) : un justificatif de cessation de l'activité professionnelle ;
- dans les plus brefs délais et avant huit jours, l'attestation de tiers payant lorsque vous et vos ayants droit cessent d'être garantis.

Pour les garanties prévoyance :

- chaque année (une fois par an), deux mois avant la date à laquelle doit s'appliquer la modification, trois nouveaux bulletins de salaire faisant apparaître la rémunération brute principale et les primes prise en compte dans la base des cotisations, afin de déterminer la nouvelle base de calcul des cotisations et des prestations pour l'année à venir. La nouvelle base d'assurance à prendre en compte sera calculée de la même manière qu'au moment de l'adhésion.
- à défaut de réception de ces documents, la base de calcul des cotisations et la base de calcul des prestations, resteront inchangées ;
- tout changement de situation (passage à temps non complet, avancement ...) susceptible d'avoir un impact sur le bénéfice des garanties de la présente convention d'assurance. Vous devez nous fournir tout document permettant de déterminer la nouvelle base des cotisations. La nouvelle base d'assurance s'appliquera au 1^{er} jour du mois, à l'issue d'un délai de deux mois après réception de la demande de modification accompagnée des justificatifs.

2.3. Modification des garanties

2.3.1. Modification de la garantie Frais de santé

Vous avez la possibilité de modifier la formule retenue lors de votre adhésion au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que celle-ci reste identique pour tous les bénéficiaires, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui continuent à bénéficier de la formule Junior. La demande de changement doit être faite par écrit, au plus tard, deux mois avant le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle les modifications sont envisagées.

Toute modification doit être faite pour un minimum de deux années consécutives.

Cas particulier

Vous pouvez aussi modifier vos garanties, à tout moment, en cours d'adhésion, à l'occasion d'un changement de votre situation de famille dans les conditions prévues à l'article « Début de vos garanties » des « Dispositions relatives à la garantie Frais de santé », sous réserve de nous en faire la demande dans les 90 jours qui suivent la nouvelle situation.

2.3.2. Modification des garanties Prévoyance

Vous avez la possibilité de modifier la formule retenue lors de votre adhésion au 1^{er} janvier de chaque année.

La demande de changement doit être faite par écrit, au plus tard, deux mois avant le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle les modifications sont envisagées.

En cas d'augmentation du niveau des prestations, pour les garanties décès et incapacité temporaire totale de travail, un délai d'attente de 6 mois s'applique pour la garantie Incapacité temporaire totale de travail. Pendant ce délai, vous continuez à bénéficier des garanties pour le niveau précédemment souscrit.

Une demande de modification des garanties à la hausse est possible sous réserve de remplir les conditions d'admission à l'assurance définies dans les Dispositions relatives aux garanties Prévoyance de la présente notice.

En cas de souscription ultérieure de la garantie invalidité permanente :

- un délai de carence de 6 mois s'applique si vous êtes âgé de 45 ans ou moins,
- si vous êtes âgé de plus de 45 ans, vous devrez vous soumettre aux formalités médicales.

2.4. Cotisations

2.4.1. Montant de vos cotisations

Le montant total de vos cotisations comprend les cotisations afférentes aux garanties souscrites et aux services.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels les présentes conventions d'assurance sont ou seront assujetties, sont à votre charge et sont inclus dans les cotisations.

La première année, les cotisations sont appliquées au prorata temporis entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'exercice.

Cotisations pour la garantie Frais de santé

Le montant de la cotisation due pour vous et pour chaque bénéficiaire de la garantie est fixé annuellement et est exprimé en euros. Il est déterminé en fonction de la formule choisie, de votre âge et celui de vos bénéficiaires l'année d'échéance. L'âge est déterminé au 1^{er} janvier de l'année par différence de millésime.

Les bénéficiaires à la convention d'assurance doivent être désignés par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos cotisations sont réajustées à compter du 1^{er} janvier en fonction de votre année de naissance et de celle de vos bénéficiaires.

Le tarif enfant pour les enfants bénéficiant de la formule Junior est applicable jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle, il atteint son 17^e anniversaire. Au-delà, le tarif adulte et les garanties correspondantes sont appliquées.

Avantage du 3^e enfant bénéficiaire pour la formule Junior :

L'avantage 3^e enfant est défini comme suit :

- l'âge des enfants est considéré par rapport à l'année civile : un enfant est considéré comme ayant moins de 18 ans s'il n'est pas encore dans l'année civile où il atteindra ses 18 ans,
- si 3 enfants, ou plus, de moins de 18 ans, sont inscrits au contrat, le 3^e enfant et les suivants bénéficient d'une gratuité de leur cotisation. Cette disposition est revue chaque année en fonction de l'évolution de l'âge des enfants.

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

Cotisations pour les garanties Prévoyance

Les taux de cotisation sont exprimés en pourcentage de la base de calcul des cotisations et sont fonction de :

- l'âge de l'adhérent, calculé par différence de millésime au 1^{er} janvier de l'année,
- des garanties souscrites,
- du niveau des garanties choisi,
- et de votre niveau de rémunération.

Vos cotisations sont réajustées à compter du 1^{er} janvier en fonction de votre année de naissance et de celle de vos bénéficiaires.

2.4.2. Évolution des cotisations

Indexation annuelle des cotisations

Pour les cotisations afférentes à la garantie Frais de santé, nous mettons en place une indexation annuelle de votre cotisation à compter du 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation majore votre taux de cotisation de l'évolution de la consommation de soins et de 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 soins et de biens médicaux (CSBM) tels que recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.

Les cotisations pourront aussi évoluer, compte tenu de la révision prévue ci-dessous.

Révision des cotisations

Les cotisations santé et prévoyance peuvent être révisées annuellement en fonction des résultats techniques de chaque convention d'assurance. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance mensuelle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance de cotisation ou de l'avis de prélèvement.

2.4.3. Règlement des cotisations

La cotisation est perçue d'avance par acomptes mensuels par prélèvement automatique. Le paiement de vos cotisations doit être effectué dans les dix jours suivant leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

L'adhésion ne prend effet qu'après le paiement de la première cotisation d'assurance. La date d'effet de votre adhésion est définie à l'article « Début des garanties ».

Les adhérents en arrêt de travail continuent de payer sur la base du taux global de cotisation correspondant aux garanties souscrites.

2.4.4. Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation complète à l'expiration du délai de dix jours indiqué à l'alinéa précédent, nous vous adressons une mise en demeure par lettre recommandée. En cas de non-paiement dans un délai de trente jours à compter de cette mise en demeure, votre adhésion est suspendue conformément à l'article L113-3 du Code des assurances.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement de la totalité de la cotisation dans les dix jours qui suivent le délai de trente jours précité, soit quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L141-3 du Code des assurances, le **souscripteur** peut exclure un adhérent du bénéfice de la convention d'assurance, s'il cesse d'acquitter sa cotisation ou si le lien qui les unit est rompu. Votre adhésion sera résiliée au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, dix jours après la date d'échéance du paiement des cotisations, d'une lettre de mise en demeure.

3 - LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (CONVENTION D'ASSURANCE N° 801012)

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement des prestations définies au certificat d'adhésion et dans la présente notice. Ces prestations s'ajoutent aux remboursements du Régime Obligatoire et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Les remboursements frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables des frais exposés par le bénéficiaire pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L131-2 du Code des assurances).

Pour vous accompagner au quotidien, vous bénéficiez des services frais de santé, des services d'assistance et des services de protection juridique, définis dans la présente Notice d'information.

La convention d'assurance n° 801012 est régie par le Code des assurances dont l'article L113-8 prévoit notamment que l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

3.1. Groupe assurable et conditions d'admission à la garantie Frais de santé

Pour bénéficier de nos garanties, vous devez répondre aux critères suivants :

- Être agents titulaires ou agents non titulaires de droit public, être stagiaires (pré-titularisation), être anciens agents à la retraite, en France métropolitaine :
 - soit du Ministère de l'Éducation nationale (MEN),
 - soit du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et de l'Innovation (MESRI),
 - soit du Ministère de la Culture (MC),
 - soit du Ministère des Sports (MS),
 - soit des établissements qui leur sont rattachés autres que ceux à caractère industriel ou commercial ;
- être adhérent de l'Association UGIPS,
- être affilié, ainsi que vos ayants droit à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale française suivants :
 - régime général de la Sécurité sociale et les régimes assimilés ;
 - régime Alsace-Moselle ;
 - régime des salariés agricoles et des exploitants agricoles.

Les garanties souscrites, pour vous et les bénéficiaires que vous aurez désignés, sont précisées sur votre certificat d'adhésion.

3.2. Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties

3.2.1. Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de votre première cotisation, à la date d'admission à l'assurance figurant sur votre certificat d'adhésion.

La date d'admission est fixée à la date d'effet demandée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt au premier jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion. Dans tous les cas, la date d'effet intervient au 1^{er} jour du mois.

3.2.2. Début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion, pour vous-même et vos ayants droit désignés sur votre bulletin d'adhésion.

Lorsque vos ayants droit sont affiliés postérieurement à votre adhésion, la prise d'effet de leurs garanties est fixée au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'affiliation.

Par dérogation, en cas de changement de situation de famille ou d'évènement de la vie, et lorsque cette information et les justificatifs nous sont transmis dans les 90 jours qui suivent la nouvelle situation, la prise d'effet des garanties pourra être :

- pour un conjoint : le premier jour du mois du mariage ;
- pour un partenaire tel que défini à l'article « Bénéficiaires de la garantie » : au premier jour du mois de signature du Pacte civil de solidarité ;
- pour un enfant, le jour de sa naissance ;
- pour un travailleur salarié ou non salarié, partant à la retraite et bénéficiaire d'une pension de retraite ou privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement : le premier jour du mois de cessation de l'activité professionnelle.

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

3.2.3. Fin de vos garanties

Les garanties prennent fin, pour vous-même et vos ayants droit :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous nous l'ayez notifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dès que vous adhérerez à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise ou dès que vous ne remplirez plus l'une des conditions d'adhésion, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « Cotisations ».

La cessation des garanties pour vous entraîne celle de vos ayants droit, sauf pour votre conjoint survivant et ses enfants. En effet, lorsque la cessation des garanties est consécutive à votre décès et sous réserve que votre conjoint survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties dont il bénéficie, celles-ci lui sont maintenues.

Votre adhésion enregistrée, vous ne pouvez être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assurable, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.

3.3. Bénéficiaires de la garantie

En tant qu'adhérent, vous êtes bénéficiaire de la garantie. Vos ayants droit peuvent également bénéficier de la garantie. Pour cela, ils doivent être désignés sur votre certificat d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos ayants droit sont définis ci-après :

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

Est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre 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 L515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

- vos enfants et ceux de votre conjoint :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
- jusqu'à leur 28^e 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, inscrits 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 21^e anniversaire,

La date d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation d'un ayant droits ne peut pas être rétroactive sauf application des modalités décrites à l'article « Début de vos garanties ».

3.4. Remboursements de frais de santé

3.4.1. Contrat « responsable »

La convention d'assurance n° 801012 est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L871-1 et L160-13 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'adhérent 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,
- au moins deux prestations de prévention,
- 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 dispositif de pratique tarifaire maîtrisée au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation de l'adhérent 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 (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 de la convention d'assurance sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

3.4.2. Frais que nous prenons en charge

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

Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie.

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites décrits dans votre certificat d'adhésion, les frais engagés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire.

Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans le tableau de garanties de la formule que vous avez souscrite.

Le règlement des prestations est effectué en France, en euros et dans les conditions précisées dans votre tableau de garantie.

Cas particuliers des soins à l'étranger

Nous prenons en charge les soins à l'étranger lorsqu'ils sont eux-mêmes pris en charge par la Sécurité sociale française. Les hôpitaux à l'étranger sont pris en charge comme des établissements non conventionnés.

Les garanties, lorsqu'elles sont exprimées en pourcentage, sont toujours prises en charge sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale française et avec application des règles françaises.

Pour obtenir vos remboursements vous devez nous adresser le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré même si vous bénéficiez de la télétransmission. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euros. Le taux de change applicable est celui de la devise concernée au jour de la date de soin.

3.4.3. Frais que nous ne prenons pas en charge

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

- Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.
- Nous ne prenons pas en charge les soins antérieurs de deux ans à la date de leur présentation.
- Nous ne prenons pas en charge les séjours et frais relatifs :
 - aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ;
 - aux établissements ou unités de longs séjours ;
 - aux établissements ou unités pour personnes âgées.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Si vous consultez un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, nous appliquons la garantie sur la base du tarif d'autorité.

3.5. Montants des garanties

Les remboursements présentés comprennent ceux du régime obligatoire et de tout autre organisme. Ils doivent avoir fait l'objet d'une prescription médicale. Le cumul de nos prestations, des remboursements du régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut dépasser le montant des frais réels engagés.

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) incluent la prise en charge du régime obligatoire. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

L'offre santé se compose de trois modules qui couvrent l'ensemble des besoins médicaux. L'adhésion aux trois modules est obligatoire.

- **Module Soins courants / Pharmacie / Hospitalisation** composé d'une formule Junior pour les enfants de moins de 18 ans et de trois niveaux pour l'adhérent et les bénéficiaires autres que les enfants de moins de 18 ans bénéficiant de la formule Junior ;
- **Module Dentaire et Optique** composé d'une formule Junior et de trois niveaux pour l'adhérent et les bénéficiaires autres que les enfants de moins de 18 ans bénéficiant de la formule Junior ;
- **Pack Métier** composé d'une formule Junior et d'un niveau pour l'adhérent et les bénéficiaires autres que les enfants de moins de 18 ans bénéficiant de la formule Junior.

Lorsque pour un module, plusieurs niveaux vous sont proposés, vous choisissez le niveau de prise en charge qui correspond à votre besoin.

Les garanties que vous avez choisies s'appliquent pour vous et vos bénéficiaires, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui bénéficient de la formule Junior. Un enfant de 18 ans et plus répondant à la définition des enfants à charge à l'article « Bénéficiaires de la garantie » que vous trouverez dans la présente Notice d'information (au niveau des dispositions relatives à la garantie Frais de santé) bénéficie des mêmes garanties que l'adhérent.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU DE TOUT AUTRE ORGANISME			
	Module soins courants / pharmacie / hospitalisation	Formule junior (< 18 ans)	ECO	PERF
SOINS COURANTS				
<ul style="list-style-type: none"> ■ pour les médecins adhérents à l'OPTAM (CO) : <ul style="list-style-type: none"> - les consultations et visites généralistes (y compris médecin nutritionniste), actes techniques médicaux et actes de chirurgie, radiologie - les consultations, visites spécialistes 	120 % BR 150 % BR	120 % BR 120 % BR	150 % BR 150 % BR	200 % BR 200 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ pour les médecins non adhérents à l'OPTAM (CO) : <ul style="list-style-type: none"> - les consultations et visites généralistes (y compris médecin nutritionniste), actes techniques médicaux et actes de chirurgie, radiologie - les consultations, visites spécialistes 	100 % BR 130 % BR	100 % BR 100 % BR	130 % BR 130 % BR	180 % BR 180 % BR
■ Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes ...) :	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR
■ Les analyses et frais de laboratoire :	120 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR
PHARMACIE ET PRÉVENTION				
■ les médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ■ Forfait pharmacie et prévention pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite globale et annuelle : <ul style="list-style-type: none"> - actes prescrits par un médecin : moyens de contraception, médicaments et produits à base de nicotine dans un but de sevrage tabagique avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor, vaccins non pris en charge ; - test de grossesse, test VIH - pour la formule TOP, s'ajoute aux actes ci-dessus, l'ostéodensitométrie non prise en charge et prescrite par un médecin. 	-	50 € / an	100 € / an	150 € / an
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITÉ)				
■ les frais de séjour (établissement public ou privé)	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS
■ les honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins adhérents à l'OPTAM (CO) ⁽¹⁾	150 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR
■ les honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins non adhérents à l'OPTAM (CO) ⁽¹⁾	130 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR
■ la chambre particulière avec nuitée y compris en maternité (par jour) ⁽²⁾	-	-	40 €	60 €
■ la chambre particulière en ambulatoire (par jour)	-	-	20 €	30 €
■ le forfait journalier hospitalier durée illimitée (dont psychiatrie)	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
■ le forfait de 18 € pour les actes lourds dont le prix est > ou = à 120 € ou dont le coefficient est > à 60	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
<ul style="list-style-type: none"> ■ le lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 18 ans (par jour) Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pour une personne pourront être pris en charge, dans la limite de 30 jours par an 	25 €	-	-	-
■ Les frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pour les garanties d'hospitalisation exprimées en frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, l'hospitalisation non conventionnée est limitée à 480 % de la BR				

Nous prenons 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 dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

(1) Les honoraires médicaux et chirurgicaux en cas d'hospitalisation sont plafonnés à 100 % BR pour les opérations de chirurgie esthétique qui ne sont pas consécutives à un accident ou à une maladie, et ce même si la Sécurité sociale les a prises en charge.

(2) La chambre particulière en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU DE TOUT AUTRE ORGANISME			
	Formule junior (< 18 ans)	ECO	PERF	TOP
Module Dentaire et Optique				
LE DENTAIRE				
■ Les consultations et soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Les prothèses dentaires, inlays onlays, inlays core, l'orthodontie (hors formule Junior) remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR			
■ Autres postes non remboursés par la Sécurité sociale : implants dentaires, orthodontie, parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingival, lambeau, allongement coronaire), prothèses fixes (piliers de bridge sur dents saines, élément supplémentaire de bridge, prothèses fixes unitaires sur dent saine)	-	100 % BR	100 % BR + 500 €/an ⁽³⁾	100 % BR + 1 000 €/an ⁽³⁾
■ Traitement d'orthodontie pris en charge par la Sécurité sociale (formule Junior)	100 % BR + 500 €/semestre	-	-	-
L'OPTIQUE				
Si vous allez chez un opticien du réseau Itelis, vous bénéficiez d'une remise de 15 % sur la monture et vous n'aurez pas de reste à charge sur les verres.				
Si vous allez chez un opticien en dehors du réseau Itelis, vous ne bénéficiez pas de tarifs négociés et votre garantie est limitée aux montants ci-après.				
■ La monture (réseau et hors réseau)	70 €	70 €	100 €	125 €
■ Verre simple (pour 1 verre) hors réseau	50 €	50 €	50 €	100 €
Verre simple (pour 1 verre) dans le réseau	Prise en charge intégrale			
■ Verre complexe (pour 1 verre) hors réseau	100 €	100 €	125 €	175 €
Verre complexe (pour 1 verre) dans le réseau	Prise en charge intégrale			
■ Verre très complexe (pour 1 verre) hors réseau	125 €	125 €	150 €	225 €
Verre très complexe (pour 1 verre) dans le réseau	Prise en charge intégrale			
Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries				
Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs				
Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries				
Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.				
Quel que soit le type de verres, 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. Pour une garantie au TM, il n'y a pas de limite.				
Il est rappelé que la prise en charge des équipements d'optique médicale se fait dans le respect de la double limite des minima et maxima fixés par décret dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats responsables.				
■ Matériel pour amblyopie	100 % BR + 50 €/an	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale (remboursement limité par année civile et par bénéficiaire). Le remboursement des lentilles prises en charge par la Sécurité sociale est au minimum de 100 % du ticket modérateur.	100 % BR + 100 €/an	100 % BR + 100 €/an	100 % BR + 120 €/an	100 % BR + 200 €/an
■ Chirurgie réfractive de l'œil (par œil et par bénéficiaire)	-	-	-	400 €

(3) Forfait global annuel utilisable pour l'ensemble des postes qu'ils soient pris en charge ou non par la Sécurité sociale.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU DE TOUT AUTRE ORGANISME				
	Pack Métier	Formule junior (< 18 ans)	ECO	PERF	TOP
LA MÉDECINE DOUCE⁽⁴⁾					
■ Adulte : Les séances d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, d'étiopathie, d'homéopathie, de diététique, de sophrologie, de naturopathie dans la limite globale par an et par bénéficiaire	-		150 €		
■ Enfant : Les séances d'ostéopathie jusqu'à 2 ans, bilan psychomotricité	100 €/ an dans la limite de 2 séances		-		
LA PRÉVENTION					
■ Psychothérapie	20 €/ séance (max 4 séances / an)		20 €/ séance (max 12 séances/an)		
■ Bilan orthophonique de la voix prescrit ou non par un médecin limité à 1 bilan par an si non prescrit	-		100 % des frais réels (dans la limite de 60 € / an si acte non prescrit par un médecin)		
■ Lutte contre le bruit et l'hyperacousie : générateur de bruit blanc, protections auditives	-		30 € / an		
■ Actes de prévention pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 (L871-1)		Selon le poste auxquels ils sont rattachés et au minimum 100 % BR			
■ Maternité : Dépistage Prénatal Non Invasif de la trisomie	-		100 % des frais réels		
LES APPAREILLAGES ET PROTHÈSES DIVERSES (hors prothèses dentaires)					
■ Prothèses auditives, Appareillage, Autres prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (hors prothèses dentaires), entretien et réparation	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
■ Semelles orthopédiques remboursées	100 % BR + 50 €/an	100 % BR + 50 €/an	100 % BR + 50 €/an	100 % BR + 50 €/an	100 % BR + 50 €/an
RÉSEAUX DE SOINS ITÉLIS POUR UN ACCÈS FACILITÉ AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ		OUI			
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE AUPRÈS D'UNE ÉQUIPE MÉDICALE DISPONIBLE 7J/7J ET 24H/24H		OUI			
EASY SANTÉ		OUI			
HOSPIWAY		OUI			
ASSISTANCE HOSPITALISATION ET IMMOBILISATION, MUTATION ET DÉMÉNAGEMENT, MATERNITÉ, CANCER, DÉCÈS		OUI			
PROTECTION JURIDIQUE					
■ Vie privée : relations avec un organisme social, de prévoyance et de retraite ou les instances chargées d'attribuer les congés maladie des fonctionnaires.	NON	OUI			
■ Pénale / professionnelle : garde à vue, défense pénale, atteinte à l'intégrité physique et psychique, diffamation, injure, dénonciation calomnieuse ou mensongère.		<ul style="list-style-type: none"> ■ dans le cadre de la vie privée : pour l'ensemble des bénéficiaires ■ dans le cadre de la vie pénale / professionnelle : uniquement pour l'adhérent 			

(4) Le praticien doit disposer d'un numéro ADELI (professionnel de santé) ou FINESS (médecin).

Actes de prévention pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin (L871-1) :

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Quelques définitions :

- OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée
- OPTAM (CO) : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (chirurgie et obstétrique)
- BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- FR-SS : Frais réels sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale
- TM : 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 vous permettant de bénéficier, ainsi que vos ayants droit, du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité

3.6. Services ITELIS

Grâce aux réseaux de professionnels de la santé partenaires de notre filiale, vous bénéficiez de nombreux avantages dans les domaines suivants : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive.

3.6.1. Optique

2 500 opticiens partenaires.

Tarifs privilégiés

- 40 % d'économie moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés⁽¹⁾.
- 15 % de remise minimale sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles...).
- 10 % de remise minimale sur les lentilles.

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant (selon les garanties prévues dans le contrat).
- Réparation et ajustement des équipements optiques.
- Examen annuel de la vue (non médical).
- Garantie casse sans franchise de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles rigides traditionnelles.
- Garantie adaptation sans franchise de 2 mois pour les verres et de 3 mois pour les lentilles traditionnelles⁽²⁾.
- Garantie déchirure sans franchise de 3 mois pour les lentilles souples traditionnelles⁽³⁾.
- Maintien des offres promotionnelles en cours dans le magasin en sus des avantages Itelis⁽⁴⁾.

Qualité et traçabilité des produits

- Accord avec 12 marques de verres parmi les plus représentatives sur le marché français⁽⁵⁾ pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : BBGR, CODIR, ESSILOR, HOYA, MEGA OPTIC, NIKON, NOVACEL, OPTISWISS, RODENSTOCK, SEIKO, SHAMIR et ZEISS VISION CARE (liste susceptible d'évoluer).
- Valorisation de critères de qualité tel que le label « Origine France Garantie ».
- Traçabilité des verres grâce à un certificat d'authenticité disponible sur le [site internet](#) du verrier.

3.6.2. Dentaire

2 500 chirurgiens-dentistes omnipraticiens et 120 spécialistes en implantologie partenaires.

Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 15 % d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges).
- Jusqu'à 25 % d'économie sur un traitement implantaire.
- Tarif à partir de 1 400 € pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne).

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant pour les prothèses (selon les garanties prévues dans le contrat).
- Remplacement de l'implant en cas de rejet.

⁽¹⁾ Économie moyenne calculée sur la base des corrections les plus fréquentes et des tarifs des verres de marque les plus vendus, tous types de verres confondus (uni focaux, mi-distance et multifocaux). Source : bases de données Itelis 2014.

⁽²⁾ Un seul changement par élément sur présentation du(des) élément(s) cassé(s), qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais. Pour les verres ophtalmiques, les rayures sont exclues de la garantie casse. Les équipements détériorés mais non cassés sont exclus de la garantie casse.

⁽³⁾ Qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais. Lentilles oculaires de contact dont la durée de vie est supérieure ou égale à six mois.

⁽⁴⁾ Qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais. Lentilles oculaires de contact souples hydrophiles dont la durée de vie est supérieure ou égale à six mois.

⁽⁵⁾ BBGR, CODIR, ESSILOR, HOYA, MEGA OPTIC, NIKON, NOVACEL, OPTISWISS, RODENSTOCK, SEIKO, SHAMIR et ZEISS VISION CARE (liste susceptible d'évoluer).

3.6.3. Audioprothèse

1 000 audioprothésistes partenaires.

Tarifs privilégiés

- 15 % d'économie moyenne sur les aides auditives.
- Zéro reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale)⁽⁶⁾.
- 10 % de remise minimale sur les produits d'entretien.
- 15 % de remise minimale sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones...).

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant (selon les garanties prévues dans le contrat).
- Proposition comportant au minimum :
 - une offre avec un reste à charge réduit,
 - une offre personnalisée.
- Indication de remboursement offerte.
- Proposition de facilités de paiement sur l'éventuel reste à charge.
- Maintien des offres promotionnelles en cours dans le centre en sus des avantages Itelis.
- Garantie panne gratuite sans franchise de 4 ans ⁽⁷⁾.
- Essai gratuit d'un mois minimum.
- Prêt gracieux d'une aide auditive en cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement.
- Dépistage annuel gratuit de l'audition (non médical) sans obligation d'achat.
- Actions d'informations et de prévention dans le domaine de la santé auditive.

Qualité et traçabilité des produits

- Accord avec 12 marques d'aides auditives parmi les plus représentatives sur le marché français pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : AUDIO SERVICE, BELTONE, BERNAFON, HANSATON, OTICON, PHONAK, RESOUND, REXTON, SIEMENS, STARKEY, UNITRON et WIDEX (liste susceptible d'évoluer).

Cet accord repose sur plusieurs critères :

- La qualité des produits et des services.
- La recherche, le développement et l'innovation.
- La traçabilité des aides auditives.

Suivi complet même en cas de déménagement

- Suivi d'appareillage durant toute la durée de vie de l'aide auditive avec des rendez-vous de contrôle réguliers après la délivrance de l'équipement, même en cas de déménagement.

3.6.4. Chirurgie réfractive

Un réseau sélectif de 30 centres de chirurgie réfractive partenaires.

Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 30 % d'économie sur les techniques les plus utilisées.
- Tarif à partir de 1 400 € pour les deux yeux.

Critères de qualité

- Environnement à haut degré de propreté et protocoles de type opératoire selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé).

- Grande expérience du chirurgien ophtalmologiste (au moins 5 ans dans le domaine de la chirurgie réfractive et au moins 100 procédures par an).
- Examen pré et post opératoire.

3.6.5. Mode d'emploi

1. Localisez le partenaire le plus proche :

- Par internet depuis l'espace du gestionnaire de santé.
- Par téléphone en appelant le centre de gestion au numéro figurant sur l'attestation de tiers payant.
- Via l'application webmobile @pplitelis®.

2. Présentez au partenaire votre carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis.

3. Demandez à bénéficier des avantages du réseau Itelis.

3.7. Service Hospiway®

Hospiway® est un service d'information pour vous aider à préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche. Ce site est accessible depuis l'espace du gestionnaire de santé.

Ce site propose :

- d'accéder à un Palmarès des Hôpitaux et Cliniques proposant un classement des meilleurs établissements de santé français dans la prise en charge de nombreuses pathologies ;
- de choisir un établissement de santé répondant à leurs attentes en consultant le classement national ou en recherchant un établissement dans une zone géographique donnée ;
- d'analyser leur devis sur la base des actes prévus. Les éventuels dépassements d'honoraires pourront être évalués par rapport à ceux couramment pratiqués sur une zone géographique donnée ;
- de préparer au mieux leur séjour à l'hôpital et leur retour à domicile ou ceux d'un proche grâce à une Check List comprenant des conseils pratiques.

3.8. Téléconsultation médicale

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 R.C.S. Nanterre).

Cette activité d'AXA Assistance est officiellement enregistrée, conformément au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine, 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 majeure entraînant la cessation de la garantie Téléconsultation sans préavis et sans que l'ensemble des autres dispositions de votre contrat soient modifiées.

La cotisation correspondant à cette garantie est incluse dans le taux de cotisation du contrat, le service correspondant est compris dans les charges de prestations.

3.8.1. Définitions

Equipe Médicale ou Equipe de Médecins : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance

Médecin : Médecin généraliste

Téléconsultation : consultation médicale par téléphone et de manière complémentaire par vidéoconférence.

⁽⁶⁾ Dans le cadre d'une garantie remboursant à minima le ticket modérateur pour les piles auditives.

⁽⁷⁾ À compter de la date de facturation, qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais.

3.8.2. Objet

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

3.8.3. Mise en œuvre de la garantie

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

La téléconsultation telle que décrite ci-après fonctionne à l'identique pour vous et chacun de vos bénéficiaires. 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.

Les réponses apportées, fonction de votre besoin ou celui de votre bénéficiaire, peuvent être de trois types : téléconsultation, information générale de santé ou orientation.

Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, vous pouvez contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier d'une Téléconsultation.

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

Pour nous appeler, munissez-vous de votre attestation de tiers payant afin de permettre votre identification, et composez le numéro de téléphone direct :

3633
(appel non surtaxé) depuis la France
+33 1 55 92 27 54
depuis l'étranger

Ce numéro est strictement réservé à la téléconsultation et ne permettra pas par conséquent de répondre à d'autres demandes.

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

L'IDE ou le médecin pourront proposer de poursuivre la Téléconsultation.

La vidéoconférence permet de compléter la communication téléphonique par une communication visuelle. Les images de la vidéoconférence ne seront pas utilisées à des fins de diagnostic. Vous aurez la possibilité d'adresser au Médecin durant la Téléconsultation des documents (photos, analyses biologiques) qui pourront compléter les informations que vous aurez communiquées oralement. Le Médecin pourra éventuellement utiliser ces documents pour appuyer son diagnostic.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance vous apportera une réponse médicale adaptée à votre situation pathologique.

Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- Conseil ou orientation vers le médecin traitant,
- Orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins : gynécologue, ophtalmologue, stomatologue, psychiatre ou neuropsychiatre pour un assuré âgé de 16 et 25 ans,
- Prescription écrite médicamenteuse ou d'examen complémentaires si vous êtes situé dans un pays de l'Union Européenne.

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, vous serez réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec votre autorisation, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à votre 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 vous réorientera vers votre médecin traitant.
La garantie Téléconsultation est limitée à 12 appels par an et par bénéficiaire.

Information

À votre demande, l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer des informations, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne tout renseignement d'ordre général. L'intervention de l'Équipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet de la Téléconsultation n'est en aucun cas de favoriser une automédication.

Orientation

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

3.8.4. Responsabilité

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 service 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.

Responsabilité du Bénéficiaire

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 ses engagements.

3.8.5. Informatiques et Libertés

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

- les réponses aux questions qui lui sont posées lors de son appel par l'Équipe 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.

Vous disposez, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations vous concernant.

Vous pouvez vous adresser par courrier à : AXA Assistance France - Service Juridique – 6 rue André Gide – 92320 Châtillon.

3.8.6. Réclamation et Différends

Traitement des réclamations

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

Différends

Tous les litiges auxquels la présente annexe 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.

3.8.7. 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.

3.9. Accompagnement Easy Santé

Soigner c'est bien, prévenir c'est mieux. Le programme de prévention digital My Easy Santé vous aide à préserver, améliorer votre santé au quotidien et réduire vos facteurs de risque.

My Easy santé c'est une appli simple à télécharger, ou accessible sur myeasysanté.fr

Avec My Easy santé vous trouverez :

- des tests conçus par les meilleurs experts médicaux pour connaître leur âge santé et découvrir le programme adapté à leurs besoins,
- une sélection de programmes de coaching testés et approuvés, avec des réductions exclusives, négociées par AXA,
- les dernières actualités santé pour mieux se nourrir, mieux dormir, bouger davantage et garder la forme,
- la possibilité d'y relier tous leurs objets connectés pour un suivi simple et en temps réel de leurs progrès,
- de bons plans santé pour tous, des défis à relever pour améliorer leur santé,
- la téléconsultation accessible à tout moment pour un accompagnement médical tout au long du programme.

3.10. Garanties d'assistance (contrat n°0803675)

PRÉAMBULE

L'Association UGIPS a souscrit un contrat collectif d'assurance dommages (n°0803675) auprès d'**INTER PARTNER Assistance** Succursale France située 6, rue André Gide – 92320 Châtillon, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 316 139 500, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 0487, immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055 dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique. INTER PARTNER Assistance, société du groupe AXA, intervient dans le cadre de ce Contrat sous la marque **AXA PARTNERS**.

Aux termes de ce contrat Vous êtes bénéficiaire de garanties d'assistance santé à domicile dès lors que vous avez adhéré à la convention santé de l'offre EVOLUO N° 801012 souscrite par l'association UGIPS auprès d'AXA France Vie.

Ces garanties consistent à mettre à Votre disposition une aide immédiate visant à faciliter le retour à votre Domicile à la suite d'une Hospitalisation ou à vous maintenir à votre Domicile à la suite d'une immobilisation consécutive à une maladie ou un accident.

3.10.1. Modalités de déclaration des sinistres

Pour les garanties d'assistance

Pour bénéficier des garanties du présent Contrat, vous devez appeler au numéro de téléphone suivant :

+33 (0) 1 49 65 26 51
(Numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge de l'Assuré)

Seules les prestations d'assistance avancées par l'Assuré avec l'accord préalable d'AXA PARTNERS peuvent lui être remboursées, en envoyant les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant :

AXA PARTNERS
Service Gestion des Règlements
6, rue André Gide
92320 Châtillon

3.10.2. Définitions

Dans la présente Notice d'information, les mots ou expressions commençant par une majuscule ont la signification qui suit :

Animaux domestiques

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

Assuré[s]/ « Vous »

Les agents titulaires, les agents non titulaires de droit public, les stagiaires en pré-titularisation, actif ou non actif, qui ont adhéré à l'offre santé EVOLUO, ainsi que les personnes suivantes ayant la qualité d'ayant-droit de l'offre santé EVOLUO, les conjoints de droit ou de fait ou toute personne liée par un Pacs à un agent assuré, les enfants à charge de l'agent assuré ou de son conjoint âgés de plus de 18 ans ou qui atteindront 18 ans dans l'année civile en cours.

Sont également assimilés à des Assurés, les enfants de l'agent assuré ou de son conjoint, âgés de moins de 18 ans au 31 décembre de l'année civile en cours lorsqu'ils ont la qualité d'ayant-droit de la convention santé de l'offre EVOLUO et bénéficient de la formule Junior.

Atteinte corporelle

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

Par accident corporel on entend toute Atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Par maladie on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par l'Autorité médicale.

Autorité médicale

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

Domicile

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

Equipe médicale

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

Force Majeure

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

Frais de séjour

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

France

France métropolitaine, Principautés de Monaco et d'Andorre, les Départements d'Outre-Mer et les Collectivités d'Outre-Mer.

Franchise

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

Hospitalisation imprévue

Séjour imprévu, d'une **durée supérieure à 48 heures**, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle. Le séjour est considéré comme imprévu lorsqu'il n'a pas été programmé **plus de cinq (5) jours avant le début de l'Hospitalisation**.

Hospitalisation prévue

Séjour d'une durée **supérieure à 48 heures**, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle. Le séjour est considéré comme prévu lorsqu'il a été programmé **plus de cinq (5) jours avant le début de l'Hospitalisation**.

Immobilisation au Domicile

Désigne l'immobilisation au Domicile prescrite par une Autorité médicale à la suite d'une Atteinte corporelle et d'une durée supérieure à cinq (5) jours consécutifs.

Membre de la famille

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

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

Nourrice

Personne salariée et déclarée sous la responsabilité de l'Assuré dont la mission principale est d'assurer la garde des enfants de l'Assuré.

Proche

Personne physique désignée par l'Assuré ou un de ses ayants droit. Il doit être domicilié dans le même pays que l'Assuré.

Territorialité

Les garanties s'exercent en France sauf stipulation contractuelle contraire.

Titre de transport

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

3.10.3. Informations et services

Informations et conseils médicaux

AXA PARTNERS communique à l'Assuré des informations et conseils médicaux, **7 jours sur 7 et 24 heures sur 24**, dans les domaines suivants :

- **Maternité** : examens à effectuer, allaitement, maladie du nourrisson, prestations familiales, congé maternité, modes de garde, sevrage, etc. ;
- **Médicaments** : génériques, effets secondaires, contre-indications, interactions avec d'autres médicaments, précautions à prendre en cas de grossesse ou d'allaitement, automédication, traitements de la stérilité, etc. ;
- **Pathologies et prises en charge** : douleur, traitement et conséquences médicales, évolution de la maladie, risque de transmission, etc. ;
- **Examens médicaux** : IRM, radiologie, biologie, scanners, échographies, scintigraphies, etc. ;
- **Voyages** : hygiène, équivalence en médicaments, vaccins, bonnes pratiques, etc. ;
- **Vaccinations** : obligatoires, recommandées, calendrier, contre-indications ;
- **Médecines douces** : acupuncture, ostéopathie, thermalisme, médecines parallèles.

L'intervention d'AXA PARTNERS se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale personnalisée par téléphone ou de favoriser l'automédication. Si telle était la demande, AXA PARTNERS conseille à l'Assuré de consulter son médecin traitant.

Informations Vie pratique

AXA PARTNERS met à la disposition de l'Assuré un service de renseignements téléphoniques accessible **de 8h00 à 20h00 et 7 jours sur 7**, dans les domaines suivants :

- locaux d'habitation,
- copropriété,
- locaux professionnels,
- droit de la famille,
- transmission des biens,
- assurances,
- travail,
- retraite,
- enseignement - formation,
- protection sociale,
- formalités,
- services publics,
- sociétés - commerçants - artisans,
- droits de la consommation,
- vacances et loisirs,
- informations liées aux voyages.

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

3.10.4. Garanties d'assistance vie quotidienne

Coordonnées de sociétés de dépannage

AXA PARTNERS communique les coordonnées de services de dépannage / réparations, ayant soit une permanence 24 heures sur 24, soit un service de dépannage rapide : chauffage, plomberie, menuiserie, serrurerie, vitrerie, gardiennage, électricité, etc.

AXA PARTNERS ne peut être tenue pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchement ou d'une faute professionnelle du prestataire contacté.

3.10.5. Garanties d'assistance aide au déménagement

Les garanties ci-dessous sont acquises en cas de déménagement de l'Assuré ou de mutation du conjoint de l'Assuré.

Coordonnées des sociétés de déménagement

AXA PARTNERS met à disposition de l'Assuré un service d'informations qui pourra l'accompagner dans les domaines suivants :

- identification des besoins ;
- évaluation du volume à déménager ;
- prise de contact avec les déménageurs partenaires ;
- proposition de devis ;
- mise en relation avec l'entreprise de déménagement.

Ce service est accessible à l'Assuré du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00.

AXA PARTNERS ne peut être tenue pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchement ou d'une faute professionnelle du prestataire contacté.

Envoi d'une société de nettoyage

En cas de mutation professionnelle de l'Assuré, AXA PARTNERS recherche et missionne une société de nettoyage du logement familial.

AXA PARTNERS prend en charge les frais de déplacement et nettoyage à concurrence de 500 € par événement, dans le mois qui suit le déménagement.

Cette garantie est limitée à 1 intervention d'une société de nettoyage par année civile.

Au-delà d'une intervention par an, AXA PARTNERS peut communiquer à l'Assuré les coordonnées de prestataires. Le coût de cette intervention supplémentaire reste à la charge de l'Assuré.

Aide au retour à l'emploi du conjoint de l'Assuré

En cas de mutation du conjoint de l'Assuré à plus de 100 km de son domicile initial, AXA PARTNERS organise et prend en charge l'intervention d'un consultant spécialisé en recherche d'emploi qui réalise une étude personnelle pour la reconversion professionnelle du conjoint de l'Assuré, dans la limite de 5 entretiens téléphoniques avec un maximum de 2 heures chacun jusqu'à un an après l'événement.

Cette garantie n'est pas applicable si le conjoint de l'Assuré est également fonctionnaire.

3.10.6. Garanties d'assistance en cas d'immobilisation au domicile ou d'hospitalisation prévue ou imprévue de l'assuré

Les garanties ci-dessous sont acquises à l'Assuré en cas d'Immobilisation au Domicile d'une durée supérieure à cinq (5) jours ou d'Hospitalisation prévue ou imprévue supérieure à 48 heures.

Garde des enfants de l'Assuré

Si personne ne peut assurer la garde des enfants de l'Assuré âgés de moins de 15 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge), AXA PARTNERS organise et prend en charge :

- soit leur acheminement chez un Proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un Proche au Domicile de l'Assuré ;
- soit leur garde par du personnel qualifié dans la limite de 10 heures dans les 15 jours qui suivent l'Immobilisation ou l'Hospitalisation de l'Assuré, avec un minimum de 2 heures consécutives. Cette personne qualifiée ne pourra accompagner les Assurés à l'école.

Aide-ménagère

AXA PARTNERS organise et prend en charge les services d'une aide-ménagère au Domicile de l'Assuré afin de l'aider dans les tâches du quotidien :

- soit pendant la durée de l'Immobilisation ;
- soit pendant la durée de l'Hospitalisation ou dès le retour de l'Assuré à son Domicile.

Après analyse de la situation de l'Assuré, AXA PARTNERS prend en charge **jusqu'à 10 heures maximum dans les 15 jours qui suivent la date de l'Immobilisation ou de l'Hospitalisation, avec un minimum de 2 heures consécutives. L'Assuré doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.**

Présence d'un Proche

AXA PARTNERS organise et prend en charge le transport aller/retour et les frais de séjour sur place (hôtel, petit déjeuner) d'un membre de la famille ou d'un Proche afin qu'il se rende auprès de l'Assuré immobilisé ou hospitalisé.

AXA PARTNERS prend en charge les frais de séjour dans la limite de trois (3) nuits consécutives à concurrence de 100 euros TTC par nuit.

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

Livraison de médicaments

Si personne ne peut livrer les médicaments prescrits, AXA PARTNERS organise et prend en charge leur acheminement au Domicile de l'Assuré, pendant 10 jours à compte de la date de l'Immobilisation ou de l'Hospitalisation. La prescription médicale doit être inférieure à un mois.

Le coût des médicaments reste à la charge de l'Assuré.

Portage de repas

Si personne ne peut assurer la préparation du repas de l'Assuré immobilisé au Domicile ou hospitalisé, AXA PARTNERS organise la livraison des repas auprès d'une société spécialisée dans le portage de repas à domicile.

Le coût de la livraison ainsi que celle des repas reste à la charge de l'Assuré.

Garde des Animaux domestiques

Si la garde de l'Animal domestique de l'Assuré n'est plus assurée, AXA PARTNERS organise et prend en charge :

- soit l'acheminement de l'Animal domestique, dans la limite de 2 animaux, jusqu'à la pension la plus proche dans un rayon de 50 km du Domicile de l'Assuré et sa garde, à concurrence de 250 euros par événement ;
- soit l'acheminement de l'Animal domestique, dans la limite de 2 animaux, au domicile d'un Proche dans un rayon de 50 km.

Garde des ascendants dépendants

Si personne ne peut assurer la garde des ascendants dépendants, AXA PARTNERS organise et prend en charge :

- soit leur acheminement chez un Proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un Proche à son Domicile ;
- soit leur garde par du personnel qualifié dans la limite de 10 heures dans les 30 jours qui suivent l'Immobilisation au Domicile ou l'Hospitalisation, avec un minimum de 2 heures consécutives.

Conduite des enfants de l'Assuré à l'école

Si personne ne peut assurer la conduite à l'école des enfants de l'Assuré âgés de moins de 15 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge), AXA PARTNERS organise et prend en charge leur transport à l'école en taxi à concurrence de 5 allers / retours par événement, dès le premier jour de l'évènement.

La prestation sera mise en œuvre à réception d'une autorisation écrite de transport mentionnant le lieu de prise en charge ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement scolaire.

AXA PARTNERS intervient à la demande des parents ou du représentant légal et ne peut être tenu pour responsable :

- des évènements pouvant survenir pendant le trajet,
- du refus du chef d'établissement de laisser partir l'enfant.

Conduite des enfants de l'Assuré aux activités extra-scolaires

Si personne ne peut assurer la conduite des enfants de l'Assuré âgés de **moins de 15 ans (sans limite d'âge pour des enfants handicapés)** aux activités extra-scolaires, AXA PARTNERS organise et prend en charge leur transport en taxi à concurrence de **1 aller / retour par semaine et par enfant, dès le premier jour de l'évènement, avec un maximum de quatre (4) semaines par évènement.**

La prestation sera mise en œuvre à réception d'une autorisation écrite de transport mentionnant le lieu de prise en charge ainsi que le nom et l'adresse de lieu de l'activité extra-scolaire.

AXA PARTNERS intervient à la demande des parents ou du représentant légal et **ne peut être tenu pour responsable des évènements pouvant survenir pendant le trajet ou du refus du responsable de l'établissement où se déroule l'activité, de laisser partir l'enfant.**

Aide aux devoirs

Si personne ne peut assurer l'aide aux devoirs de l'enfant de l'Assuré, AXA PARTNERS organise et prend en charge un répétiteur scolaire qui aidera l'enfant à faire ses devoirs, **dans la limite de 2 heures par enfant et par semaine avec un maximum de dix (10) semaines par évènement.**

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 répétiteur dispense à l'enfant une aide dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, Langues Vivantes. **Seuls les honoraires du répétiteur sont pris en charge pour l'ensemble des matières.**

Cette garantie s'applique durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

3.10.7. Garanties d'assistance en cas d'immobilisation au domicile ou d'hospitalisation prévue ou imprévue de l'enfant de l'Assuré ayant droit au titre de la convention santé de l'offre EVOLUO et bénéficiant de la formule Junior

Les garanties ci-dessous sont acquises à l'Assuré en cas d'Immobilisation au Domicile d'une durée supérieure à cinq (5) jours ou d'Hospitalisation prévue ou imprévue supérieure à 48 heures de l'enfant de l'Assuré ayant-droit au titre de la convention santé de l'offre EVOLUO et bénéficiant de la formule Junior.

Garde des autres enfants de l'Assuré

Si personne ne peut assurer la garde des autres enfants de l'Assuré âgés de **moins de 15 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge)**, AXA PARTNERS organise et prend en charge :

- soit leur acheminement chez un Proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un Proche au Domicile de l'Assuré ;
- soit leur garde par du personnel qualifié dans la **limite de 10 heures dans les 15 jours qui suivent l'Immobilisation ou l'Hospitalisation de l'Assuré, avec un minimum de 2 heures consécutives.** Cette personne qualifiée ne pourra accompagner les autres enfants de l'Assuré à l'école.

Aide-ménagère

AXA PARTNERS organise et prend en charge les services d'une aide-ménagère au Domicile de l'Assuré afin de l'aider dans les tâches du quotidien :

- soit pendant la durée de l'Immobilisation ;
- soit pendant la durée de l'Hospitalisation ou dès le retour de l'Assuré à son Domicile.

Après analyse de la situation de l'Assuré, AXA PARTNERS prend en charge **jusqu'à 10 heures maximum dans les 15 jours qui suivent la date de l'Immobilisation ou de l'Hospitalisation, avec un minimum de 2 heures consécutives.**

L'Assuré doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

Présence d'un Proche

AXA PARTNERS organise et prend en charge le transport aller/retour et les frais de séjour sur place (hôtel, petit déjeuner) d'un membre de la famille ou d'un Proche afin qu'il se rende auprès de l'Assuré enfant immobilisé ou hospitalisé.

AXA PARTNERS prend en charge les frais de séjour dans la limite de trois (3) nuits consécutives à concurrence de 100 euros TTC par nuit.

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

Livraison de médicaments

Si personne ne peut livrer les médicaments prescrits, AXA PARTNERS organise et prend en charge leur acheminement au Domicile de l'Assuré, pendant 10 jours à compter de la date de l'Immobilisation ou de l'Hospitalisation. La prescription médicale doit être inférieure à 30 jours.

Le coût des médicaments reste à la charge de l'Assuré.

Portage de repas

Si personne ne peut assurer la préparation du repas de l'Assuré Enfant et immobilisé au Domicile ou hospitalisé, AXA PARTNERS organise la livraison des repas auprès d'une société spécialisée dans le portage de repas à domicile.

Le coût de la livraison ainsi que celle des repas reste à la charge de l'Assuré.

Garde des Animaux domestiques

Si la garde de l'Animal domestique de l'Assuré n'est plus assurée, AXA PARTNERS organise et prend en charge :

- soit l'acheminement de l'Animal domestique, dans la limite de 2 animaux, jusqu'à la pension la plus Proche dans un rayon de 50 km du Domicile de l'Assuré et sa garde, à concurrence de 250 euros par événement ;
- soit l'acheminement de l'Animal domestique, dans la limite de 2 animaux, au domicile d'un Proche dans un rayon de 50 km.

Garde des ascendants dépendants

Si personne ne peut assurer la garde des ascendants dépendants, AXA PARTNERS organise et prend en charge :

- soit leur acheminement chez un Proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un Proche à son Domicile ;
- soit leur garde par du personnel qualifié dans la limite de 10 heures dans les 30 jours qui suivent l'Immobilisation au Domicile ou l'Hospitalisation, avec un minimum de 2 heures consécutives.

Conduite des autres enfants de l'Assuré à l'école

Si personne ne peut assurer la conduite à l'école des autres enfants de l'Assuré âgés de moins de 15 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge), AXA PARTNERS organise et prend en charge leur transport à l'école en taxi à concurrence de 5 allers / retours par événement, dès le premier jour de l'évènement.

La prestation sera mise en œuvre à réception d'une autorisation écrite de transport mentionnant le lieu de prise en charge ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement scolaire.

AXA PARTNERS intervient à la demande des parents ou du représentant légal et ne peut être tenu pour responsable :

- des évènements pouvant survenir pendant le trajet,
- du refus du chef d'établissement de laisser partir l'enfant.

Conduite des autres enfants de l'Assuré aux activités extra-scolaires

Si personne ne peut assurer la conduite des autres enfants de l'Assuré âgés de moins de 15 ans (sans limite d'âge pour des enfants handicapés) aux activités extra-scolaires, AXA PARTNERS organise et prend en charge leur transport en taxi à concurrence de 1 aller / retour par semaine et par enfant, dès le premier jour de l'évènement, avec un maximum de quatre (4) semaines par événement.

La prestation sera mise en œuvre à réception d'une autorisation écrite de transport mentionnant le lieu de prise en charge ainsi que le nom et l'adresse de lieu de l'activité extra-scolaire.

AXA PARTNERS intervient à la demande des parents ou du représentant légal et **ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir pendant le trajet ou du refus du responsable de l'établissement où se déroule l'activité, de laisser partir l'enfant.**

Aide aux devoirs

Si personne ne peut assurer l'aide aux devoirs des autres enfants, AXA PARTNERS organise et prend en charge un répétiteur scolaire qui aidera le ou les enfant(s) à faire ses ou leurs devoirs, **dans la limite de 2 heures par enfant et par semaine avec un maximum de dix (10) semaines par événement.**

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 répétiteur dispense à l'enfant une aide dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, Langues Vivantes. **Seuls les honoraires du répétiteur sont pris en charge pour l'ensemble des matières.**

Cette garantie s'applique durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

3.10.8. Garanties d'assistance en cas de maternité

Les garanties d'assistance ci-dessous sont accessibles à l'Assuré à la suite d'un accouchement en cas de première naissance ou de naissances multiples.

Auxiliaire de puériculture

En cas de première naissance ou de naissances multiples, AXA PARTNERS organise et prend en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture au Domicile de l'Assuré **à concurrence de 10 heures dans les 15 jours qui suivent la sortie de la maternité**, pour l'aider à s'organiser et lui rappeler les principes essentiels relatifs aux soins et à la santé du(des) bébé(s).

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants âgés de **moins de 15 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge)**, AXA PARTNERS organise et prend en charge :

- soit leur acheminement chez un Proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un Proche au Domicile de l'Assuré ;
- soit leur garde par du personnel qualifié dans la **limite de 10 heures dans les 15 jours qui suivent le retour de la maternité de l'Assurée, avec un minimum de 2 heures consécutives.** Cette personne qualifiée ne pourra accompagner les Assurés à l'école.

Conduite des enfants à l'école

Si personne ne peut assurer la conduite à l'école des enfants âgés de moins de 15 ans ou des enfants handicapés (**sans limite d'âge**), AXA PARTNERS organise et prend en charge leur transport à l'école en taxi **à concurrence de 5 allers / retours par événement, dès le retour de la maternité de l'Assurée.**

La prestation sera mise en œuvre à réception d'une autorisation écrite de transport mentionnant le lieu de prise en charge ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement scolaire.

AXA PARTNERS intervient à la demande des parents ou du représentant légal et **ne peut être tenu pour responsable :**

- **des événements pouvant survenir pendant le trajet,**
- **du refus du chef d'établissement de laisser partir l'enfant.**

3.10.9. Garanties d'assistance en cas de défaillance de la nourrice

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas d'**Hospitalisation prévue ou imprévue supérieure à 48 heures ou d'Immobilisation médicalement prescrite supérieure à 48 heures de la nourrice en charge de la Garde des enfants.**

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants de l'Assuré âgés de moins de 15 ans, AXA PARTNERS organise et prend en charge **dès le premier jour de l'évènement** :

- soit leur acheminement au Domicile d'un Proche ;
- soit l'acheminement d'une Proche au Domicile de l'Assuré ;
- soit leur garde par du personnel qualifié au Domicile de l'Assuré, **dans la limite de 10 heures par jour pendant 5 jours**. Cette personne pourra accompagner les Assurés à l'école.

La prestation d'acheminement d'un Proche peut intervenir en complément de la prestation de garde au Domicile de l'Assuré à condition que le trajet aller du Proche s'effectue dans les sept (7) jours à compter de la date de l'évènement.

Cette garantie est acquise en cas d'absence de la nourrice habituelle et dûment déclarée. **En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée d'immobilisation ou d'hospitalisation de la nourrice.**

Par ailleurs, la garantie s'exerce à concurrence du nombre d'heures de garde assurées habituellement par la nourrice.

Dans le cas particulier des « nounous partagées » gardant en même temps plusieurs enfants de familles différentes, la garantie s'exerce **à concurrence de la durée de garde de l'enfant de l'Assuré et au bénéfice de celui-ci exclusivement.**

AXA PARTNERS se réserve le droit, préalablement à toute intervention de ses services, de vérifier la réalité de l'évènement garanti.

Conduite des enfants à l'école

Si personne ne peut assurer la conduite à l'école des enfants âgés de moins de 15 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge), AXA PARTNERS organise et prend en charge leur transport à l'école en taxi à **concurrence de 5 allers / retours par évènement, dès le premier jour de l'évènement.**

La prestation sera mise en œuvre à réception d'une autorisation écrite de transport mentionnant le lieu de prise en charge ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement scolaire.

AXA PARTNERS intervient à la demande des parents ou du représentant légal et **ne peut être tenu pour responsable** :

- des évènements pouvant survenir pendant le trajet,
- du refus du chef d'établissement de laisser partir l'enfant.

3.10.10. Garanties d'assistance en cas de chimiothérapie ou radiothérapie

Les garanties d'assistance ci-dessous sont acquises à l'Assuré lorsque celui-ci suit un traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie.

Aide-ménagère

AXA PARTNERS organise et prend en charge les services d'une aide-ménagère au Domicile de l'Assuré afin de l'aider dans les tâches du quotidien, dès son retour de l'hôpital.

Après analyse de la situation de l'Assuré, AXA PARTNERS prend en charge **jusqu'à 2 heures maximum après chaque séance de chimiothérapie ou de radiothérapie dans la limite de dix (10) séances.**

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des Assurés âgés de moins de 15 ans, AXA PARTNERS organise et prend en charge :

- soit leur acheminement chez un Proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un Proche au Domicile de l'Assuré ;
- soit leur garde par du personnel qualifié à raison de **2 heures consécutives pendant ou après chaque séance, dans la limite de dix (10) séances**. Cette personne qualifiée ne pourra accompagner les Assurés à l'école.

Coaching sportif

Sur présentation d'une prescription médicale, AXA PARTNERS prend en charge **6 séances d'une heure de coach sportif au Domicile de l'Assuré, après chaque séance de chimiothérapie ou de radiothérapie.**

Conduite des enfants à l'école

Si personne ne peut assurer la conduite des enfants âgés de **moins de 15 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge)** à l'école, AXA PARTNERS organise et prend en charge leur transport à l'école en taxi à **concurrence de cinq (5) allers / retours par événement, dès le premier jour de l'événement.**

La prestation sera mise en œuvre à réception d'une autorisation écrite de transport mentionnant le lieu de prise en charge ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement scolaire.

AXA PARTNERS intervient à la demande des parents ou du représentant légal et ne peut être tenu pour responsable :

- des événements pouvant survenir pendant le trajet,
- du refus du chef d'établissement de laisser partir l'enfant.

Aide aux devoirs

Si personne ne peut assurer l'aide aux devoirs de l'enfant, AXA PARTNERS organise et prend en charge un répétiteur scolaire qui aidera l'enfant à faire ses devoirs, **dans la limite de 2 heures par enfant et par semaine avec un maximum de 30 heures par événement.**

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 répétiteur dispense à l'enfant une aide dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, Langues Vivantes. **Seuls les honoraires du répétiteur sont pris en charge pour l'ensemble des matières.**

Cette garantie s'applique durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

3.10.11. Garanties d'assistance en cas de décès

Les garanties ci-dessous sont acquises en cas de décès de l'Assuré.

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants âgés de **moins de 15 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge)**, AXA PARTNERS organise et prend en charge :

- soit leur acheminement chez un Proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un Proche au Domicile de l'Assuré ;
- soit leur garde par du personnel qualifié **dans la limite de 20 heures dans les 15 jours qui suivent le décès, avec un minimum de 2 heures consécutives.** Cette personne qualifiée ne pourra accompagner les Assurés à l'école.

3.10.12. Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance santé

SONT EXCLUS ET NE POURRONT DONNER LIEU À NOTRE INTERVENTION, NI FAIRE L'OBJET D'UNE INDEMNISATION À QUELQUE TITRE QUE CE SOIT :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- les transports répétitifs nécessités par votre état de santé.

3.10.13. Exclusions communes à toutes les garanties

OUTRE LES EXCLUSIONS LÉGALES ET OUTRE LES ÉVENTUELLES EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES PRÉCITÉES, SONT EXCLUS :

- les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant son Déplacement ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le Déplacement de l'Assuré ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat ;

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

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

3.10.14. Réclamation et différends

En cas de réclamation concernant la mise en œuvre des garanties d'assistance, l'Assuré pourra adresser à sa réclamation par courrier à l'adresse suivante :

AXA PARTNERS
Service Gestion Relation Clientèle 6, rue André Gide - 92320 Châtillon
Ou sur le site internet à partir de la rubrique
« contact » : www.AXA PARTNERS-assistance.fr/contact

AXA PARTNERS s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, l'Assuré peut faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Ce recours est gratuit. Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet. Cet avis ne s'impose pas.

3.10.15. Loi informatique et libertés

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Assurés sont collectées, utilisées et conservées par les soins de l'Assureur pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du présent Contrat, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, l'Assureur pourra :

- a) Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans les présentes Conditions générales. En utilisant les services de l'Assureur, l'Assuré consent à ce qu'ils utilisent ses données à cette fin ;
- b) Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA PARTNERS, aux prestataires de services de l'Assureur, au personnel de l'Assureur, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- c) Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- d) Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- e) Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat et valider sa demande ;
- f) Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services de l'Assureur et autres communications relatives au service clients ;
- g) Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

L'Assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, ils mettent en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA PARTNERS ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'Assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant à l'adresse mentionnée ci-après.

Certains des destinataires de ces données sont situés en dehors de l'union européenne, et en particulier les destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc.

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, l'Assureur sollicite son consentement. L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît que l'Assureur peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce que l'Assureur utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à l'Assureur des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du [site internet d'AXA PARTNERS](#) (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA PARTNERS – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par son Assureur à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données

AXA PARTNERS

6, rue André Gide

92320 Châtillon

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

3.10.16. Autorité de contrôle

Inter Partner Assistance est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique - TVA BE 0203.201.340 – RPM Bruxelles – (www.bnb.be). La succursale française d'IPA est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

3.10.17. Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de 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 (10) dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'Assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visée ci-après :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,

- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur. La prescription est également interrompue par des causes spécifiques au Contrat d'assurance visée ci-après :
- la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conclusion ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

La prescription est également suspendue lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la Force majeure.

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

3.11. La protection juridique (convention n° 10 290 784 404)

La présente Notice d'information relative à la protection Juridique valant Conditions générales, rédigée en langue française, est soumise à la compétence des tribunaux français et relève de la loi française. Elle est régie par le Code des assurances et par les présentes dispositions.

3.11.1. Définitions

Définitions communes

Souscripteur

L'Association UGIPS ci-après dénommée l'UGIPS qui a conclu les conventions d'assurance pour le compte de ses adhérents ; il sera le plus souvent désigné par le souscripteur.

Nous, L'Assureur

JURIDICA, 1 place Victorien Sardou, 78160 MARLY LE ROI, S.A. au capital de 14.627.854,68 € - 572 079 150 R.C.S. Versailles - Entreprise régie par le Code des assurances - TVA intracommunautaire : FR 69 572 079 150.

L'**adhérent** à la convention d'assurance est la personne qui :

- s'engage par la signature de la demande d'adhésion dans laquelle il choisit notamment les garanties,
- désigne le ou les bénéficiaires des prestations,
- paye les cotisations. La Notice et le certificat d'Adhésion lui sont destinés. Il sera le plus souvent désigné par vous.

L'**Assuré** est la personne sur la tête de laquelle repose le risque, l'adhérent

Affaire

Litige entraînant la saisine d'une juridiction par des parties qui s'opposent sur des mêmes faits afin que leurs positions soient tranchées et ce quels que soient les développements de procédure mis en œuvre devant cette juridiction.

Année d'assurance

Période comprise entre deux échéances principales de cotisation.

Action opportune

Une action est opportune :

- si le litige ne découle pas d'une violation manifeste par vos soins, de dispositions légales ou réglementaires ;
- si vous pouvez apporter la preuve du bien-fondé de vos prétentions ou dont la preuve repose sur une base légale ;
- si le litige vous oppose à un tiers solvable, identifié et localisable ;
- Lorsque vous vous trouvez en défense, si la demande de la partie adverse n'est pas pleinement justifiée dans son principe et dans son étendue par des règles de droit et/ou des éléments de preuve matériels.

Avocat postulant

Avocat qui représente une partie lorsque l'avocat principal choisi par le client pour plaider son dossier n'est pas inscrit au barreau devant lequel le procès a lieu.

Consignation pénale

Dépôt d'une somme au greffe par un justiciable plaignant tendant à garantir le bien-fondé de sa plainte avec constitution de partie civile ou demandée en cas de citation directe.

Convention d'honoraires

Convention signée entre l'avocat et son client fixant les honoraires et les modalités de règlement.

Dépens

Part des frais engendrés par un procès dont le montant fait l'objet d'une tarification par voie réglementaire (notamment émoluments des officiers publics ou ministériels, indemnités des témoins), ou par décision judiciaire (rémunération des experts et techniciens) et que le tribunal met à la charge de l'une des parties qui est le plus souvent la perdante.

Dol

Manœuvres, mensonges, silence sur une information (réticence dolosive) ayant pour objet de tromper l'une des parties en vue d'obtenir son consentement.

Fait générateur du litige

Apparition d'une difficulté juridique matérialisée par l'atteinte à un droit ou par le préjudice que vous avez subi ou causé à un tiers, avant toute réclamation s'y rattachant.

Frais irrépétibles

Frais non compris dans les dépens que le juge peut mettre à la charge d'une des parties au procès au titre de l'article 700 du Code de procédure civile, de l'article 475-1 du Code de procédure pénale ou de l'article L761-1 du Code de justice administrative ou son équivalent devant les autres juridictions étrangères. Ces frais concernent des dépenses engagées avant l'ouverture de l'instance et pendant celle-ci, ainsi que les frais à venir. Ils comprennent notamment les honoraires de l'avocat, les mémoires et les consultations, les frais de constat d'huissier, les frais de consultation médicale, les frais de déplacement et de démarches exposés par une partie, un manque à gagner.

Frais proportionnels

Somme qui a vocation à couvrir l'ensemble des travaux et diligences effectués par l'huissier de justice, ainsi que les frais supportés par ce dernier à l'exception des frais de déplacement, de débours et des travaux rémunérés par des honoraires libres.

Indice de référence

Indice des prix à la consommation - Ensemble des ménages - France – Biens et services divers, établi et publié chaque mois par l'INSEE (identifiant : 001763793, base 2015) - ou l'indice qui lui serait substitué. Une seule valeur d'indice est retenue pour toute l'année civile. Il s'agit de celle du mois d'août précédant l'année civile de la déclaration ou de l'échéance de votre contrat. Pour l'année 2018, la valeur est de 102.29.

Intérêts en jeu

Le montant du litige, hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes. Pour les contrats dont l'application s'échelonne dans le temps, selon une périodicité convenue, le montant du litige correspond à une échéance.

Litige

Opposition d'intérêts, désaccord ou refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, vous conduisant à faire valoir des prétentions en demande ou en défense, que ce soit à l'amiable ou devant une juridiction.

Prescription

Période au-delà de laquelle une demande n'est plus recevable.

Définitions spécifiques

Pour la garantie « santé » énumérée à l'article « Domaines de garantie Santé » de la présente Notice d'information valant Conditions générales

Assuré ou vous

La personne physique adhérente, mais aussi, son conjoint, son concubin notoire ou partenaire signataire d'un Pacte Civil de Solidarité, ainsi que leurs enfants respectifs ou ascendants à charge au sens fiscal du terme.

Pour les garanties « pénale professionnelle » énumérées à l'article « Domaines de garantie pénale professionnelle » de la présente Notice d'information valant Conditions générales

Assuré ou vous

La personne physique adhérente, exclusivement dans l'exercice de ses fonctions, ainsi que l'agent, titulaire ou non, exclusivement dans le cadre de ses fonctions, et désignée comme adhérent par le souscripteur.

La qualité d'Assuré est étendue aux conjoints, enfants et ascendants directs (parents, grands-parents et arrière-grands-parents des membres participants), du fait des fonctions exercées au sein de la collectivité par ces derniers pour la seule garantie « atteinte à l'intégrité ».

3.11.2. Prestations

Prestations de prévention

En prévention d'un éventuel litige, pour vous aider à contourner au mieux vos difficultés juridiques, nous nous engageons à vous renseigner et vous orienter.

Information juridique par téléphone

Pour toute question ou difficulté juridiques survenant dans les domaines mentionnés ci-après et en prévention d'un éventuel litige, nous vous renseignons sur vos droits et obligations. Nous vous orientons sur les démarches à entreprendre. Nos juristes vous délivrent une information juridique et pratique à partir des principes généraux du droit français et du droit monégasque sur la législation applicable. Nous vous orientons sur les démarches à entreprendre. La prestation d'information juridique par téléphone est délivrée du lundi au vendredi de 9h30 à 19h30, au numéro 01 30 09 98 80 sauf jours fériés (numéro d'appel non surtaxé - coût d'un appel local).

Domaines de l'information juridique

Nous répondons, en prévention d'un éventuel litige, aux questions ou difficultés juridiques survenant dans tous les domaines de garanties énumérés au chapitre « Domaines de garantie » de la présente Notice d'information valant Conditions générales et plus généralement nous répondons aux questions ou difficultés juridiques relatives au droit de la Santé et son environnement, ou en rapport avec le Code de la Santé Publique, ou avec le Code de la Sécurité sociale.

Prestations en cas de litige

Gestion amiable

En cas de litige garanti, nous analysons les aspects juridiques de la situation litigieuse. Nous vous délivrons un conseil personnalisé en vue de sa résolution. Nous déterminons ensemble la meilleure stratégie à adopter pour défendre vos intérêts.

En concertation avec vous, nous intervenons directement auprès de la partie adverse pour lui exposer notre analyse du litige.

Si cela est opportun, selon la nature du litige, nous pouvons être amenés à déléguer la gestion du litige à un prestataire externe.

Si vous êtes ou si nous sommes informés que la partie adverse est assistée ou représentée par un avocat, vous serez assisté dans les mêmes conditions. A ce titre, vous disposez du libre choix de votre avocat.

Si le litige nécessite le recours à une expertise amiable ou à un constat d'huissier, nous faisons appel à des prestataires spécialisés avec lesquels nous travaillons habituellement et dont nous définissons la mission.

Nous prenons en charge les frais et honoraires engagés dans la limite du montant maximum de prise en charge pour l'aide à la résolution des litiges à l'amiable figurant au chapitre « La prise en charge financière » de la présente Notice d'information valant Conditions générales.

Gestion judiciaire

Sous réserve de l'opportunité de l'action et à condition que le montant des intérêts en jeu soit supérieur à 320 € toutes taxes comprises, à la date de déclaration du litige, nous vous assistons dans la mise en œuvre d'une action en justice, si la démarche amiable n'aboutit pas ; ou si les délais sont sur le point d'expirer ou si vous avez reçu une assignation et devez être défendu.

Vous disposez du libre choix de votre avocat : vous pouvez en choisir un de votre connaissance, après nous en avoir informés et nous avoir communiqué ses coordonnées, ou, si vous en formulez la demande par écrit, choisir parmi ceux que nous vous proposons pour leur compétence dans le domaine concerné ou leur proximité.

Dans les deux cas, vous négociez avec la personne désignée le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires.

Par ailleurs, vous devez nous informer de l'état d'avancement de votre affaire dans le respect de votre contrat. Si la décision de justice prononcée en votre faveur le nécessite, nous faisons procéder à son exécution par l'intermédiaire d'un huissier de justice sous réserve de l'opportunité d'une telle action. Nous transmettons alors à l'huissier de justice saisi toutes les informations lui permettant d'intervenir auprès de votre adversaire débiteur.

A l'occasion d'un litige garanti, nous prenons en charge les frais et honoraires engagés pour sa résolution dans la limite des montants maximum de prise en charge pour l'aide à la résolution des litiges au judiciaire et des frais non tarifés et honoraires d'avocat figurant à l'article 44 « La prise en charge financière » de la présente Notice d'information valant Conditions générales.

3.11.3. Domaines de garantie « santé »

Domaines de garantie « santé »

Vous êtes garanti dans le cadre de votre vie privée, dans le domaine suivant :

Relations avec un organisme social, de prévoyance et de retraite ou les instances chargées d'attribuer les congés maladie des fonctionnaires.

Vous êtes garanti en cas de litige portant sur les prestations qui vous sont dues par un organisme social ou une institution de prévoyance ou de retraite. Vous êtes garanti par exemple, dans les cas suivants :

- le refus de la Sécurité sociale d'une prise en charge de soins prescrits par un professionnel de la santé,
- la reconnaissance d'une affection longue durée,
- la qualification d'accident de service, d'accident de trajet ou de maladie professionnelle,
- l'attribution ou la révision d'une rente, d'une pension accident de trajet ou accident de service ou maladie professionnelle,
- l'obtention du régime longue maladie, longue durée,
- l'attribution ou la révision d'une pension d'invalidité,
- l'attribution d'un capital décès,
- les réclamations relatives à la liquidation de vos droits à retraite,
- vos réclamations lorsque vous êtes victime d'un accident de service imputable à une faute inexcusable de l'employeur,
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et l'attribution d'allocation d'adulte handicapé, par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH),
- l'attribution aux personnes assumant la charge d'un enfant handicapé de l'Allocation d'Education et de l'Enfant Handicapé (AEEH).

Domaines de garantie « pénale professionnelle »

Vous êtes garanti dans le cadre de l'exercice de vos fonctions exercées au sein de l'administration, dans les domaines suivants :

Garde à vue

Lorsque vous êtes placé en garde à vue à la suite d'une enquête vous impliquant, nous prenons en charge les frais et honoraires de l'avocat que vous aurez choisi pour vous assister.

Défense pénale

Vous êtes garanti en cas de poursuite pour contravention ou délit devant une juridiction pénale ou disciplinaire ou une commission administrative ou de discipline pour des faits commis dans l'exercice de vos fonctions.

Atteinte à l'intégrité physique et psychique, y compris en cas d'acte de terrorisme

Vous êtes garanti en cas de litige portant sur la réparation de l'atteinte à votre intégrité physique et/ou psychique consécutive à une agression, à un acte de terrorisme ou à un accident imputable à un tiers, ou lorsque vous êtes victime de violences ou voies de fait.

Diffamation et injures

Vous êtes garanti lorsque vous êtes victime du délit de diffamation ou d'injures publiques commis par un tiers.

Dénonciation calomnieuse ou mensongère

Vous êtes garanti lorsque vous êtes victime d'une dénonciation calomnieuse ou d'une dénonciation mensongère au sens des articles 226-10 et 434-26 du Code pénal, vous causant un préjudice dans l'exercice de votre activité professionnelle.

3.11.4. Exclusions

SONT EXCLUS LES LITIGES RÉSULTANTS :

- de soins ou d'opérations de chirurgie esthétique sauf ceux relatifs à de la chirurgie réparatrice prise en charge par la Sécurité sociale ;
- de maladies d'origine professionnelle prévues à l'article R.461-3 du Code de la Sécurité sociale, sur l'indemnisation de risques sériels ainsi que des affections liées à l'amiante ou aux prions ;
- de l'aménagement de délais de paiement n'impliquant pas de votre part une contestation sur le fond ;
- de votre droit à l'image ;
- de votre opposition au Souscripteur ;
- d'une opposition entre assurés ;
- de votre mise en cause pour dol, d'une poursuite liée à un délit intentionnel au sens de l'article 121-3 du Code pénal ou à un crime, ou d'une faute personnelle. Toutefois, nous prenons en charge les honoraires de votre avocat, dans l'hypothèse où la décision, devenue définitive, écarterait le caractère intentionnel de l'infraction (non-lieu, requalification, relaxe...) ou le dol. Ce remboursement s'effectue dans la limite des engagements financiers définis au chapitre 6 « La prise en charge financière » de la présente Notice d'information valant Conditions générales.

3.11.5. Conditions de notre intervention

Conditions de garantie

Pour que le litige déclaré soit garanti, les conditions suivantes doivent être remplies :

- le fait générateur du litige ne doit pas être connu de vous à la date de prise d'effet de votre garantie,
- vous devez nous déclarer votre litige entre la date de prise d'effet de votre garantie et celle de sa résiliation - toutefois, vous bénéficiez d'un délai supplémentaire de deux mois à compter de la prise d'effet de la résiliation pour nous déclarer un litige survenu pendant la période de validité de votre garantie,
- afin que nous puissions analyser les informations transmises et vous faire part de notre avis sur l'opportunité des suites à donner à votre litige, vous devez recueillir notre accord préalable AVANT de saisir une juridiction, d'engager une nouvelle étape de la procédure ou d'exercer une voie de recours,
- les intérêts en jeu doivent être supérieurs à **320 € toutes taxes comprises** à la date de la déclaration du litige, pour que nous vous aidions à résoudre votre litige au judiciaire,
- vous devez avoir contracté et maintenu en vigueur les assurances légales obligatoires qui vous incombent,
- aucune garantie de responsabilité civile n'est susceptible d'assurer la défense de vos intérêts pour le litige considéré,
- vous ne devez faire aucune déclaration inexacte sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tous les éléments pouvant servir à la résolution du litige. A défaut, vous serez entièrement déchu de tout droit à garantie pour le litige considéré.

Territorialité

Les présentes garanties vous sont acquises pour les litiges découlant de faits survenus dans l'un des pays énumérés ci-après, qui relèvent de la compétence d'un tribunal de l'un de ces pays, et dont l'exécution des décisions rendues s'effectue également dans l'un de ces pays :

- pour la garantie « santé » énumérée à l'article 41.1 du présent document :
 - France et Monaco,
 - États membres de l'Union européenne au 1^{er} janvier 2018, Andorre, Liechtenstein, Norvège, Saint-Marin, Suisse et Vatican, si le litige y survient lors d'un séjour de moins de trois mois consécutifs.
- pour les garanties « pénale professionnelle » énumérées à l'article 41.2 du présent document :
 - France et Monaco.

En cas de désaccord

Après analyse des informations transmises, nous envisageons l'opportunité des suites à donner à votre litige à chaque étape significative de son évolution. Nous vous en informons et en discutons avec vous.

En cas de désaccord entre vous et nous portant sur le fondement de vos droits ou sur les mesures à prendre pour

régler le litige, vous pouvez selon les dispositions de l'article L127-4 du Code des assurances :

- soit soumettre cette difficulté à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou désignée à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance. Nous prenons les frais exposés pour la mise en œuvre de cette action ; cependant, le Président du Tribunal de Grande Instance peut les mettre à votre charge s'il considère que vous avez mis en œuvre cette action dans des conditions abusives.
- soit exercer l'action, objet du désaccord, à vos frais ; dans ce cas, si vous obtenez une solution définitive plus favorable que celle proposée par nous ou la tierce personne citée ci-dessus, nous vous remboursons les frais et honoraires que vous avez engagés pour cette action, dans les conditions et limites prévues au chapitre « La prise en charge financière » de la présente Notice d'information valant Conditions générales.

En cas de conflit d'intérêts

En vertu de l'article L127-5 du Code des assurances, vous avez la liberté de choisir votre avocat chaque fois que survient un conflit d'intérêts entre vous et nous. Dans ce cas, nous prenons en charge les frais et honoraires de l'avocat dans la limite des montants maxima de prise en charge des frais non tarifés et honoraires d'avocat et selon les conditions prévues au chapitre « La prise en charge financière » de la présente Notice d'information valant Conditions générales.

3.11.6. Prise en charge financière

En phase judiciaire, notre prise en charge s'effectue **dans la limite d'un plafond global de 21 000 € toutes taxes comprises.**

En cas de litige garanti, nous prenons en charge :

- les coûts de procès-verbaux de police ou de gendarmerie que nous avons engagés,
- les coûts de constats d'huissier que nous avons engagés,
- les honoraires et frais d'experts que nous avons engagés,
- la rémunération des médiateurs que nous avons engagés,
- les dépens y compris ceux qui sont mis à votre charge par le juge,
- les honoraires et les frais non tarifés d'avocat.

EN CAS DE LITIGE, NOUS NE PRENONS PAS EN CHARGE :

- les frais proportionnels mis à votre charge en qualité de créancier,
- les honoraires de résultat des mandataires, quels qu'ils soient, fixés en fonction de l'intérêt en jeu ou en fonction du résultat définitif ou espéré,
- des démarches engagées,
- les frais irrépétibles engagés par la partie adverse et mis à votre charge par le juge,
- les frais et honoraires des enquêteurs de droit privé (déetectives privés),
- les frais et honoraires d'un avocat postulant,
- les consignations pénales,
- les frais de consultation ou d'actes de procédure réalisés avant la déclaration de litige, sauf s'il y a urgence à les avoir demandés,
- les frais et honoraires liés à une question prioritaire de constitutionnalité.

MONTANTS MAXIMA DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS NON TARIFÉS ET HONORAIRES D'AVOCAT AU JUDICIAIRE

Les frais non tarifés et honoraires d'avocat intervenant au judiciaire sont pris en charge dans la limite des montants exprimés dans le tableau ci-dessous. Les sommes remboursées à ce titre s'imputent alors sur les montants maxima de prise en charge pour l'aide à la résolution des litiges.

Pour la garantie « santé » énumérée à l'article « Domaines de garantie santé » du présent document :

Plafond de remboursement des honoraires d'avocat: ces montants comprennent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ils sont calculés sur une TVA de 20%. Ils peuvent varier en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation. Ils s'imputent sur les plafonds de garantie en vigueur au jour de la déclaration.

MONTANTS DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES D'AVOCATS	
Assistance	
Assistance à expertise judiciaire - Assistance à mesure d'instruction - Recours pré-contentieux en matière administrative - Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	330 € par intervention
Assistance à transaction définitive ayant abouti à un protocole signé par les parties Assistance à médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	Le montant à retenir est celui qui aurait été appliqué si la procédure avait été menée à son terme devant la juridiction concernée.
Ordonnances, quelle que soit la juridiction (y compris le juge de l'exécution)	
Ordonnance en matière gracieuse ou sur requête	540 € par ordonnance
Ordonnance de référé	460 € par ordonnance
Première instance ci-dessous mentionnée (y compris les médiations et conciliations n'ayant pas abouti)	
Juge de proximité ayant abouti à une décision définitive	670 € par affaire
Tribunal de police sans constitution de partie civile du bénéficiaire	340 € par affaire
Tribunal de grande instance - Tribunal des affaires de Sécurité sociale - Tribunal du contentieux de l'incapacité	1 000 € par affaire
Tribunal de commerce - Tribunal administratif	330 € par affaire
Conseil de prud'hommes : bureau de conciliation (si la conciliation a abouti)	500 € par affaire
Conseil de prud'hommes : bureau de jugement (si la conciliation n'a pas abouti)	1 000 € par affaire
CIVI Commission d'indemnisation des victimes d'infraction, tribunal correctionnel	730 € par affaire
Commission d'indemnisation des victimes d'infraction après saisine du tribunal correctionnel, de la cour d'assises ou suite à un protocole d'accord avec le Fonds de Garantie Automobile	330 € par affaire
Toute autre première instance non mentionnée	
Autres juridictions de première instance (y compris le juge de l'exécution)	730 € par affaire
Appel	
Matière pénale	830 € par affaire
Autres matières	1 150 € par affaire
Hautes juridictions	
Cour d'assises	1 660 € par affaire
Cour de cassation - Conseil d'Etat - Cour européenne des droits de l'homme - Cour de justice de l'Union Européenne	2 610 € par affaire, consultations comprises

Pour les garanties « pénale professionnelle » énumérées à l'article « Domaines de garantie pénale professionnelle » du présent document :

Plafond de remboursement des honoraires d'avocat : ces montants comprennent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ils sont calculés sur une TVA de 20%. Ils peuvent varier en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation. Ils s'imputent sur les plafonds de garantie en vigueur au jour de la déclaration.

PLAFONDS DE REMBOURSEMENT DES HONORAIRES D'AVOCAT			
	MONTANTS HT	MONTANT TTC	
ASSITANCE			
Garde à vue	1 124 €	1 348,80 €	Pour l'ensemble des interventions
Expertise	427 €	512,40 €	Par réunion y compris rédaction et réponse aux dires
Mesure d'instruction	427 €	512,40 €	Par intervention
Recours précontentieux en matière administrative et fiscale	574 €	688,80 €	Pour l'ensemble des interventions
Commissions diverses	574 €	688,80 €	Par décisions
Démarches amiables n'ayant pas abouti à une transaction	337 €	404,40 €	Par affaire (y inclus les consultations)
Démarches amiables ayant abouti à une transaction définitive	674 €	808,80 €	Par affaire (y inclus les consultations)
Transaction en phase judiciaire ayant abouti à un protocole (y compris médiation ou conciliation sauf en matière prud'homale)	Montant d'une procédure menée à terme		Par affaire
PREMIERE INSTANCE CI-DESSOUS MENTIONNÉE (y compris les médiations et conciliations n'ayant pas abouti)			
Recours gracieux Référé Requête	686 €	823,20 €	Par ordonnance
Tribunal de police sans constitution de partie civile de l'assuré	404 €	484,80 €	Par affaire
Tribunal de grande instance Tribunal des affaires de sécurité sociale Tribunal du contentieux de l'incapacité Tribunal de commerce Tribunal administratif	1 146 €	1 375,20 €	Par affaire
Conseil des prud'hommes : ■ Bureau de conciliation (si la conciliation a abouti)	573 €	687,60 €	Par affaire
■ Bureau de conciliation et de jugement (si la conciliation n'a pas abouti)	1 146 €	1 375,20 €	
CIVI après saisine du tribunal correctionnel, de la Cour d'assises ou suite à un protocole d'accord avec le FGA	337 €	404,40 €	Par affaire
Autres juridictions de première instance non mentionnées y compris le juge de l'exécution	853 €	1 023,60 €	Par affaire
APPEL			
En matière pénale	898 €	1 077,60 €	Par affaire
Toutes autres matières	1 146 €	1 375,20 €	Par affaire
HAUTES JURIDICTIONS			
Cour d'assises	1 932 €	2 318,40 €	Par affaire y compris les consultations
Cour de Cassation – Conseil d'Etat – Cour de Justice de l'Union Européenne	3 067 €	3 680,40 €	Par affaire y compris les consultations

La prise en charge des frais non tarifés et honoraires d'avocat s'effectue selon les modalités suivantes :

- soit nous réglons directement l'avocat qui a été saisi sur justificatifs de la procédure engagée, de la décision rendue et sur présentation d'une délégation d'honoraires que vous avez signée ;
- soit, à défaut de cette délégation, vous réglez toutes taxes comprises les frais et honoraires de l'avocat saisi et nous vous remboursons sur présentation de la décision rendue, du protocole signé ou des démarches effectuées d'une part, et d'une facture acquittée d'autre part.

Lorsque vous avez avec plusieurs personnes un même litige contre un même adversaire et que vous avez confié à un même avocat la défense de ces intérêts communs, nous vous remboursons au prorata du nombre d'intervenants dans ce litige dans la limite des montants définis ci-dessus.

Quand le litige est porté devant des juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. A défaut, le montant applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

La juridiction compétente peut décider de mettre à la charge de la partie adverse les dépens ou les frais irrépétibles. Le Code des assurances nous permet alors de récupérer ces sommes dans la limite des frais et honoraires que nous avons engagés dans votre intérêt. Néanmoins, si vous justifiez de frais et honoraires restés à votre charge et exposés dans le cadre dudit litige, vous récupérez ces indemnités en priorité.

3.11.7. Déclaration du litige et information de JURIDICA

- Pour mettre en jeu les prestations ou garanties de votre contrat, vous devez nous contacter par TELEPHONE au 01.30.09.98.80, du lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 9h30 à 19h30, ou par écrit à JURIDICA, 1 place Victorien Sardou, 78160 MARLY LE ROI, dès que vous en avez connaissance, en nous communiquant notamment :
- les références de votre contrat,
- les coordonnées précises de votre adversaire,
- les références de tout autre contrat susceptible de couvrir le litige,
- un exposé chronologique des circonstances du litige, toutes pièces permettant d'établir la matérialité des faits ainsi que tous les renseignements et documents utiles à l'instruction du dossier.

Par ailleurs, vous devez nous transmettre, dès réception, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations et pièces de procédure qui vous seraient adressés, remis ou signifiés. Cette rapidité est importante pour préserver vos droits et actions.

3.11.8. Vie de votre garantie

Prise d'effet et la durée de votre garantie

La garantie d'assurance de protection juridique n° 10 290 784 404 vous est acquise à compter du jour de votre acquisition de la qualité de membre participant du **souscripteur**. La garantie est annuelle et se renouvelle automatiquement d'année en année à chaque échéance anniversaire.

Elle est liée à votre qualité de membre participant d'une des formules citées ci-dessus et cesse tous effets en cas de perte de cette qualité. Par ailleurs, la garantie cesse tous effets :

- en cas de décision commune du **souscripteur** et de l'Assureur de mettre fin au bénéfice de la prestation après réalisation du risque assuré en application de l'article R113-10 du Code des assurances. La résiliation prend effet à l'expiration du délai de UN mois à compter de la notification qui vous a été adressée. Vous avez alors le droit, dans le délai de UN mois à compter de la notification de résiliation, de résilier les autres contrats d'assurance souscrits par vous auprès de l'Assureur,
- en cas de résiliation du contrat de Protection juridique n° 10 290 784 404 le **souscripteur** ou l'Assureur.

Droit de renonciation

En cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un **souscripteur**, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services

à distance organisé par l'Assureur qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion du contrat.

Conformément aux dispositions de l'article L112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

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

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

Vous êtes informé disposer d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir à compter du jour où vous recevez les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L121-20-11 du Code de la consommation.

Pour exercer votre droit de renonciation dans les conditions susvisées, vous pouvez utiliser le modèle de lettre inséré dans les présentes Conditions générales dûment complété par vos soins :

« Je soussigné [votre nom, prénom], demeurant [adresse], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance [numéro du contrat], souscrit le [date indiquée dans les Conditions particulières]. Date [à compléter], votre signature ».

A cet égard, vous êtes informé que, si vous exercez votre droit de renonciation, vous serez tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante : (montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions particulières du contrat x nombre de jours garantis) / 365. Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit de renonciation.

Vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

En cas de souscription par voie de démarchage

Lorsque vous avez fait l'objet d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou à votre lieu de travail, même à votre demande, et que vous signez dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous êtes informé disposer de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

A cet égard, si vous souhaitez exercer votre droit de renonciation dans les conditions susvisées, vous pouvez utiliser le modèle de lettre, inséré dans la présente notice, dûment complété par vos soins :

« Je soussigné [votre nom, prénom], demeurant [adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, au contrat d'assurance [numéro du contrat], souscrit le [date de la signature des Conditions particulières], par l'intermédiaire de [nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat]. Date [à compléter], votre signature ».

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. En cas de renonciation, vous ne pouvez être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la compagnie d'assurance si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où vous en avez eu connaissance, sous réserve que vous prouviez l'avoir ignoré jusque-là.

Quand votre action contre nous 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 vous ;
- où vous l'avez indemnisé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente,
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- toute reconnaissance par nous du droit à votre garantie, ou toute reconnaissance de dette de votre part envers nous,
- la demande d'aide juridictionnelle qui dure jusqu'au moment où le bureau d'aide juridictionnelle rend une décision définitive.

Elle est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par nous à vous en ce qui concerne l'action en paiement de la prime, ou bien de vous à nous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

Traitement des réclamations

Vous devez dans un premier temps contacter, par téléphone ou par écrit, votre conseiller ou votre service Clients de votre conseiller.

Par la suite, et si une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au service Réclamations en écrivant à l'adresse suivante : Juridica - Service Réclamation - 1 place Victorien Sardou 78166 MARLY LE ROI.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé réception vous sera adressé dans un délai de 8 jours et une réponse motivée vous sera alors adressée dans un délai de 40 jours conformément à la recommandation ACPR 2015-R-03 du 26 février 2015 (sauf circonstances particulières dont nous vous tiendrons informé).

Enfin, dans l'hypothèse où aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de l'Assurance, 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>.

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur formulera un avis dans les trois (3) mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Loi informatique et libertés

Dans le cadre de votre relation avec JURIDICA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le

financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données collectés vous concernant, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données 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).

Elles seront uniquement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) une autorisation de transfert a été obtenue auprès de la CNIL par l'assureur. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre e-mail si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par e-mail (cellulecnil@axajuridica.com) ou par courrier (JURIDICA – Cellule CNIL – 1 Place Victorien Sardou 78160 MARLY LE ROI). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.client.juridica.fr/Pages/Donnees-personnelles.aspx.

L'organisme chargé du contrôle de Juridica est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

3.12. Documents nécessaires au règlement des prestations

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

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

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

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

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
La médecine courante	■ L'original du décompte de la Sécurité sociale
La médecine douce	■ L'original de la facture avec le n° ADELI du praticien
La prévention :	
■ Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	■ La prescription médicale et l'original de la facture
■ Test de grossesse	■ L'original de la facture
■ L'ostéodensitométrie non pris en charge par la Sécurité sociale	■ La prescription médicale et l'original de la facture
■ Test VIH	■ L'original de la facture
■ Actes de prévention prévus par arrêté du 8 juin	■ L'original du décompte de la Sécurité sociale
■ Psychothérapie	■ L'original de la facture
■ Bilan orthophonique de la voix	■ La prescription médicale si prescrit et l'original de la facture
■ Lutte contre le bruit et l'hyperacousie	■ L'original de la facture
■ Maternité : DPNI	■ La prescription médicale et l'original de la facture
Les frais de transport	■ L'original du décompte de la Sécurité sociale
La pharmacie	
■ Les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	■ L'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si vous utilisez le tiers payant)
■ Les substituts nicotiniques	■ L'original du décompte de la Sécurité sociale ou la prescription médicale et l'original de la facture s'ils n'ont pas été remboursés par la Sécurité sociale.
Le dentaire	
■ Dans tous les cas	■ L'original du décompte de la Sécurité sociale.
■ Pour les prothèses ou actes de parodontologie	■ L'original de la facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées.
L'optique	
■ Pour les lunettes	■ L'original de la facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre ■ Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires.
■ Pour les lentilles	■ L'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture.
■ Dans tous les cas	■ L'original du décompte de la Sécurité sociale
L'auditif	■ L'original du décompte de la Sécurité sociale. ■ En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée. ■ Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires.
Les appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives)	■ L'original du décompte de la Sécurité sociale ■ En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée ■ Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires.
L'hospitalisation	
■ Selon la facturation dont relève l'établissement	■ Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire, ■ L'original de la facture, ■ L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement
■ Dans tous les cas	■ Les notes de dépassement d'honoraires

Dans le cas de soins réalisés à l'étranger, vous devez nous fournir le bordereau de la Sécurité sociale, les factures acquittées et détaillées et le cas échéant l'attestation de versement de l'organisme d'assurance.

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

Dans le cadre de la vérification des exclusions et des limitations, nous pouvons vous demander des informations médicales, cette demande d'information étant limitée aux données nécessaires pour vérifier l'exclusion ou la limitation. Ces informations médicales doivent être transmises au Médecin conseil d'AXA. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces informations, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez. A défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

La facture doit comporter la mention « acquittée » et détailler les prestations, le prix et la date à laquelle ces prestations ont été réalisées.

Nous pouvons demander à l'adhérent, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent.

4 - LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES PRÉVOYANCE (CONVENTION D'ASSURANCE N° 801013)

La convention d'assurance est régie par le Code des assurances dont l'article L113-8 prévoit notamment que l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Sous réserve de répondre aux conditions d'admission définies ci-après, la garantie décès et la garantie incapacité temporaire totale de travail font partie des garanties de base telles que définies à l'article « Choix des garanties » dans les « Dispositions relatives à votre adhésion ».

En complément de ces garanties, vous avez la possibilité de souscrire la garantie invalidité permanente proposée en option sous réserve de répondre aux conditions d'admission.

Vous choisissez le niveau de couverture que vous souhaitez. **Le niveau de garantie est exprimé en pourcentage de la base de prestations telle que définie à l'article « Base de calcul des prestations ».**

	PERF	TOP
Garantie décès	85 %	100 %
Garantie incapacité temporaire totale de travail	79 %	91 %
Option : garantie invalidité permanente	60 %	

4.1. Groupe assurable et conditions d'admission aux garanties Prévoyance

4.1.1. Groupe assurable

Pour être admis à la convention d'assurance, vous devez répondre aux critères suivants :

- Être agents titulaires ou agents non titulaires de droit public ou être stagiaires (pré-titularisation) en France métropolitaine :
 - soit du Ministère de l'Education nationale (MEN),
 - soit du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI),
 - soit du Ministère de la Culture (MC),
 - soit du Ministère des Sports (MS),
 - ou soit des établissements qui leur sont rattachés autres que ceux à caractère industriel ou commercial ;
- être adhérent de l'Association UGIPS,

Les garanties souscrites sont précisées sur votre certificat d'adhésion.

4.1.2. Conditions d'admission à l'assurance

À la date de la demande d'adhésion à la convention d'assurance, vous devez répondre aux conditions suivantes et remplir les formalités préalables pour pouvoir bénéficier des garanties décès, incapacité temporaire totale de travail et éventuellement invalidité permanente :

- être en activité ;
- ne pas avoir eu un reclassement professionnel pour inaptitude physique ;
- ne pas être en disponibilité d'office ;
- ne pas bénéficier d'une pension de retraite pour invalidité, ni d'une rente d'invalidité, ni d'une allocation temporaire d'invalidité et ni d'une allocation d'invalidité temporaire ;

Vous devez répondre aux conditions ci-dessus à la date de la demande d'adhésion à la convention et à la date d'effet de votre adhésion.

Cas particuliers :

Si vous êtes en arrêt de travail à la date de votre demande d'adhésion, si vous avez été en arrêt de travail au cours des deux mois précédant votre demande d'adhésion ou si vous êtes à temps partiel thérapeutique à la date de votre demande d'adhésion : vous pouvez adhérer aux garanties Prévoyance.

La garantie incapacité temporaire totale de travail entrera en vigueur à l'issue du délai de carence de 6 mois applicable à compter de la date de votre reprise effective d'activité à temps plein ou au taux d'activité (temps non complet ou temps partiel pour des raisons non thérapeutiques) en vigueur à la veille de votre arrêt de travail.

Vous ne pouvez pas souscrire à l'option invalidité permanente.

Si vous êtes exclu de l'exercice de vos fonctions à la date de votre demande d'adhésion : vous pouvez adhérer aux garanties Prévoyance.

La garantie incapacité temporaire totale de travail entrera en vigueur à l'issue du délai de carence de 6 mois applicable à compter de la date de votre reprise effective d'activité à temps plein ou au taux d'activité (temps non complet ou temps partiel pour des raisons non thérapeutiques) en vigueur à la veille de l'exclusion de vos fonctions.

La garantie invalidité permanente, si vous la souscrivez, entrera en vigueur à l'issue du délai de carence de 6 mois applicable à compter de la date de votre reprise effective d'activité à temps plein ou au taux d'activité (temps non complet ou temps partiel pour des raisons non thérapeutiques) en vigueur à la veille de l'exclusion de vos fonctions.

Si vous êtes, à la date de votre demande d'adhésion, un agent titulaire en congé de maternité, en congé d'adoption, en congé parental, ou placé en disponibilité (sauf cas de mise en disponibilité d'office) : vous pouvez adhérer aux garanties Prévoyance.

La garantie incapacité temporaire totale de travail entrera en vigueur à l'issue du délai de carence de 6 mois applicable à compter de la date de votre reprise effective d'activité à temps plein ou au taux d'activité (temps non complet ou temps partiel pour des raisons non thérapeutiques) en vigueur à la veille de votre congé ou de mise en disponibilité. Toutefois, si la durée de votre congé ou de mise en disponibilité a été d'une durée inférieure à un an et si vous étiez à la veille de votre congé ou de mise en disponibilité couvert pour des garanties équivalentes, le délai de carence de 6 mois ne s'applique pas sous réserve de nous informer par écrit de votre reprise d'activité, dans les 15 jours suivant la date de reprise effective de votre travail.

La garantie invalidité permanente, si vous la souscrivez, entrera en vigueur à l'issue du délai de carence de 6 mois applicable à compter de la date de votre reprise effective d'activité à temps plein ou au taux d'activité (temps non complet ou temps partiel pour des raisons non thérapeutiques) en vigueur à la veille de votre congé ou de mise en disponibilité.

Si vous êtes, à la date de votre demande d'adhésion, un agent non titulaire dont le contrat de travail est suspendu (pour l'une des raisons suivantes : congé de maternité, congé d'adoption, congé parental, congé pour création ou reprise d'entreprise, congé pour exercer un mandat, congé pour convenance personnelle, mise à pied ou mobilité volontaire sécurisée) : vous pouvez adhérer aux garanties Prévoyance.

La garantie incapacité temporaire totale de travail entrera en vigueur à l'issue du délai de carence de 6 mois applicable à compter de la date de votre reprise effective d'activité à temps plein ou au taux d'activité (temps non complet ou temps partiel pour des raisons non thérapeutiques) en vigueur à la veille de votre suspension de contrat. Toutefois, si la suspension de votre contrat a été d'une durée inférieure à un an et si vous étiez à la veille de la suspension de votre contrat couvert pour des garanties équivalentes, le délai de carence de 6 mois ne s'applique pas sous réserve de nous informer par écrit de votre reprise, dans les 15 jours suivant la date de reprise effective de votre travail.

La garantie invalidité permanente, si vous la souscrivez, entrera en vigueur à l'issue du délai de carence de 6 mois applicable à compter de la date de votre reprise effective d'activité à temps plein ou au taux d'activité (temps non complet ou temps partiel pour des raisons non thérapeutiques) en vigueur à la veille de votre suspension de contrat.

Dans tous les cas, lorsque vous reprenez votre travail après un des cas décrits ci-dessus, afin que la garantie incapacité temporaire de travail et la garantie invalidité permanente si vous l'avez souscrite puissent entrer en vigueur, vous devez nous informer de la reprise d'activité par écrit et nous transmettre le justificatif de votre reprise d'activité.

Si vous êtes, à la date de votre demande d'adhésion, un agent dont le contrat de travail est suspendu (pour l'une des raisons suivantes : exercice du droit de grève, fonction de juré d'assise, congé de paternité) : vous pouvez adhérer aux garanties prévoyance selon les formalités préalables définies ci-dessous.

4.1.3. Formalités préalables : Délai de carence et formalités médicales

L'octroi des garanties Prévoyance est soumis à l'accomplissement des formalités préalables définies ci-après :

GARANTIES	Couverture précédente considérée	À L'ADHÉSION				EN CAS D'AUGMENTATION DE GARANTIE
		Adhérent âgé de 45 ans ou moins		Adhérent âgé de plus de 45 ans		
		Précédemment couvert ⁽¹⁾ ou non précédemment couvert si la date d'entrée dans la fonction publique est < ou = à un an	Non couvert précédemment et date d'entrée dans la fonction publique > à un an	Précédemment couvert ⁽¹⁾ ou non précédemment couvert si la date d'entrée dans la fonction publique est < ou = à un an	Non couvert précédemment et date d'entrée dans la fonction publique > à un an	
Décès	Décès	pas de sélection médicale et pas de délai de carence	Délai de carence de 6 mois (pas de sélection médicale)	pas de sélection médicale et pas de délai de carence	Délai de carence de 6 mois (pas de sélection médicale)	pas de sélection médicale et pas de délai de carence
Incapacité temporaire totale de travail	Incapacité temporaire totale de travail					Délai de carence de 6 mois (pas de sélection médicale)
Incapacité permanente	Incapacité permanente			Sélection médicale (pas de délai de carence)	-	

Le délai de carence de 6 mois s'applique à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Dans le cas de formalités médicales, notre Médecin Conseil est susceptible de vous demander des compléments d'information : le cas échéant, nous supportons les honoraires exposés pour la production d'un rapport médical.

Nous nous prononcerons sur l'acceptation ou sur le refus de votre adhésion après réception de la totalité des éléments demandés.

Quelles que soient les formalités accomplies, vous êtes informé de votre adhésion à l'assurance par l'envoi d'un certificat d'adhésion qui en rappelle les conditions.

Nous pouvons refuser les garanties sans avoir à justifier notre décision.

Vous ne bénéficierez de la garantie invalidité permanente de la présente convention d'assurance, si vous l'avez choisie, qu'après réception de notre accord.

La date d'effet de vos garanties est indiquée à l'article « Début de vos garanties ».

4.2. Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties

4.2.1. Date d'effet de votre adhésion et début de vos garanties

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de votre première cotisation, à la date d'admission à l'assurance figurant sur votre certificat d'adhésion.

La date d'admission est fixée à la date d'effet demandée sur le bulletin individuel d'adhésion et au plus tôt au premier jour du mois qui suit la date de réception du bulletin individuel d'adhésion par nos services. Dans tous les cas, la date d'effet intervient au 1^{er} jour du mois.

⁽¹⁾ L'adhérent précédemment couvert doit l'avoir été pour des garanties et des niveaux de prestations équivalents à la veille de sa demande d'adhésion.

En l'absence de délai de carence et de sélection médicale, les garanties prennent effet à votre date adhésion.

En cas d'application du délai de carence de 6 mois tel que défini ci-dessus, le délai de carence débute à la date d'effet de votre adhésion et les garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois qui suit ce délai de carence.

En cas de garantie invalidité permanente souscrite soumise à l'accomplissement des formalités médicales, et suite à notre acceptation, la garantie prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation.

En cas de refus d'adhésion à la garantie invalidité permanente, vous continuez à bénéficier des garanties décès et incapacité temporaire totale de travail.

En cas d'application du délai de carence de 6 mois et avant notre acceptation en cas de sélection médicale, la couverture des seuls risques d'origine accidentelle prend effet à compter de la date d'effet de votre adhésion figurant sur votre certificat d'adhésion.

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de votre volonté.

Si l'adhésion n'a pas pu prendre effet pour l'une des causes suivantes :

- nous n'avons pu statuer faute de renseignements médicaux,
- l'adhérent annule ou n'a pas donné suite à sa demande d'adhésion,
- l'acompte de cotisation n'a pas été versé,

la couverture des risques accidentels ne pourra être acquise à nouveau dans le cadre d'une nouvelle demande.

4.2.2. Fin des garanties

Les garanties prennent fin pour vous-même :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous nous l'ayez notifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion si vous changez de statut professionnel, ou dès que vous ne remplirez plus l'une des conditions d'adhésion, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance,
- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez, et au plus tard au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous atteignez :
 - l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour les garanties décès et incapacité temporaire totale de travail,
 - l'âge légal de départ à la retraite pour la garantie Invalidité permanente,
- au décès de l'adhérent,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « Cotisations ».

Vous demande de résiliation de votre adhésion doit être adressée par lettre recommandée à :

AXA EVOLUO
5, place du Colonel Fabien
CS 90008 Paris 75484 Cedex 10

Une fois admis à la convention d'assurance, tant que celui-ci n'est pas résilié et tant que vous faites partie du groupe assurable, vous ne pouvez en être exclu contre votre gré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, à la condition que la cotisation ait été payée.

4.3. Base d'assurance

4.3.1. Base de calcul des cotisations

Elle permet de définir le montant des cotisations que vous nous versez.

La base de calcul des cotisations prend en compte les éléments suivants :

- la **rémunération principale brute** qui comporte le **traitement indiciaire brut (TIB)** annuel **ou le salaire brut** annuel, soumis à retenue pour pension, le cas échéant, la **nouvelle bonification indiciaire (NBI)** que vous percevez à l'adhésion ou en cours de la convention d'assurance selon les modalités indiquées à l'article « Les formalités administratives » ;
- des primes brutes annuelles que vous percevez au titre de l'**Indemnité de Résidence (IR) et du Supplément Familial (SF)** ;
- l'**ensemble des autres primes et indemnités brutes annuelles** que vous percevez à l'adhésion ou en cours de la convention d'assurance selon les modalités indiquées à l'article « Les formalités administratives ».

À l'adhésion ou en cours de la convention d'assurance, la rémunération brute annuelle de référence à prendre en compte pour la base de calcul des cotisations sera déterminée de la manière suivante :

- le Traitement Indiciaire Brut (TIB) et la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) annuel seront égaux au TIB et NBI bruts moyens mensuels des trois bulletins de salaire multipliés par 12,
- les primes brutes au titre de l'indemnité de résidence (IR) et du supplément familial (SF) seront égales à l'IR et au SF mensuels bruts indiqués sur le bulletin de salaire le plus récent multipliés par 12,
- les autres primes brutes annuelles (hors IR et SF) seront égales au montant moyen mensuel des primes brutes des trois bulletins de salaire multiplié par 12.

Pour les adhérents à temps non complet ou à temps partiel, la base de calcul des cotisations est calculée sur la base de la rémunération brute annuelle correspondant au taux d'activité (pour les temps partiel), ou au nombre d'heures effectuées (pour les adhérents à temps non complet).

Lorsque l'adhérent dispose d'un contrat de travail qui a moins de douze mois, nous rétablissons la base de calcul des cotisations sur une base annuelle.

Lorsque l'adhérent a été en arrêt de travail pour maladie ou d'accident au cours de la période de référence, la base de calcul des cotisations est égale à la rémunération que l'adhérent aurait perçue s'il avait été présent au travail.

La base de calcul des cotisations est mise à jour annuellement, conformément à l'article « Les formalités administratives » définies dans « Les dispositions spécifiques aux garanties Prévoyance ».

La base de calcul des cotisations sur la part relative au traitement indiciaire brut et à la nouvelle bonification indiciaire est également mise à jour au 1^{er} janvier en cas d'évolution de la valeur du point d'indice de la fonction publique constatée au titre de l'année précédente.

4.3.2. Base de calcul des prestations

Elle permet de déterminer le montant des prestations que nous vous servons. Les éléments pris en compte dans la base de calcul des prestations ne le sont que si ces mêmes éléments figurent dans la base de calcul des cotisations.

Lorsque l'adhérent dispose d'un contrat de travail qui a moins de douze mois, nous rétablissons la base de calcul des prestations sur une base annuelle.

Pour l'adhérent à temps non complet ou à temps partiel, la base de calcul des prestations est calculée au prorata du taux d'activité (pour les temps partiel), ou au prorata du nombre d'heures effectuées (pour les adhérents à temps non complet).

Lorsque l'adhérent a été en arrêt de travail pour maladie ou d'accident au cours de la période de référence, la base de calcul des prestations est égale à la rémunération que l'adhérent aurait perçue s'il avait été présent au travail.

Pour la garantie décès

La base de calcul des prestations est constituée des éléments suivants, en fonction des éléments qui ont servi à la base de calcul des cotisations :

- de la rémunération principale brute qui comporte le traitement indiciaire brut annuel ou salaire annuel brut soumis à retenue pour pension, le cas échéant de la nouvelle bonification indiciaire annuelle (NBI), ayant donné lieu à cotisation au titre des garanties souscrites ;
- des primes brutes annuelles au titre de l'Indemnité de Résidence (IR) et du Supplément Familial (SF) ayant donné lieu à cotisation au titre des garanties souscrites ;
- Des autres primes et indemnités brutes annuelles ayant donné lieu à cotisation au titre des garanties souscrites.

Pour la garantie incapacité temporaire totale du travail

La base de calcul des prestations est constituée des éléments suivants, en fonction des éléments qui ont servi à la base de calcul des cotisations :

- de la rémunération principale brute correspondant au traitement indiciaire brut annuel ou salaire annuel brut, le cas échéant, de la nouvelle bonification indiciaire annuelle, ayant donné lieu à cotisation au titre des garanties souscrites ;
- 90 % des autres primes et indemnités brutes annuelles ayant donné lieu à cotisation au titre des garanties souscrites à l'exclusion de l'indemnité de résidence et du supplément familial ;

La base de calcul des prestations est définie sur une base annuelle. Nous utilisons 1/360^e de cette base de calcul des prestations pour en définir une base de prestation journalière pour la garantie incapacité temporaire totale du travail.

Pour la garantie invalidité permanente (si vous l'avez choisie)

La base de calcul des prestations est constituée des éléments suivants, en fonction des éléments qui ont servi à la base de calcul des cotisations :

- de la rémunération principale correspondant au traitement indiciaire brut annuel ou salaire annuel brut, le cas échéant, de la nouvelle bonification indiciaire annuelle, ayant donné lieu à cotisation au titre des garanties souscrites ;
- des primes brutes annuelles au titre de l'Indemnité de Résidence (IR) et du Supplément Familial (SF) ayant donné lieu à cotisation au titre des garanties souscrites ;
- des autres primes et indemnités brutes annuelles ayant donné lieu à cotisation au titre des garanties souscrites.

La base de calcul des prestations est définie sur une base annuelle. Nous utilisons 1/12^e de cette base de calcul des prestations pour en définir une base de prestation mensuelle pour la garantie invalidité permanente.

4.3.3. Fiscalité

L'engagement de l'assureur décrit dans la présente Notice d'information est exprimé avant la prise en compte des prélèvements fiscaux ou sociaux qui sont ou pourront être opérés dans le cadre réglementaire.

4.4. Revalorisation des prestations

4.4.1. Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques que nous servons sous la forme d'indemnités journalières ou de rentes sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier par référence à l'évolution de la valeur du point d'indice de la fonction publique constatée au titre de l'année précédente, avec un taux de revalorisation annuel minimum fixé à 0,50 % et un taux de revalorisation annuel maximum égal à 2,5 %.

Après la résiliation de la convention d'assurance, ou après la résiliation de votre adhésion, nous cessons la revalorisation et maintenons le montant des prestations périodiques au niveau atteint à la date de cette résiliation.

Afin d'assurer la revalorisation des prestations, nous avons mis en place un fonds de revalorisation commun à l'ensemble des contrats de même nature. Il est alimenté par une fraction des cotisations relatives aux garanties concernées. À la fin de chaque année, nous prélevons sur ce fonds, et dans la limite de son montant, les sommes à provisionner nécessaires à la poursuite du paiement de la revalorisation octroyée dans l'année.

En cas d'insuffisance de ce fonds, la revalorisation octroyée dans l'exercice est réduite afin que le prélèvement n'excède pas les sommes disponibles.

4.4.2. Revalorisation des capitaux en cas de décès

Les capitaux que nous servons 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.

4.5. Définition du conjoint, du partenaire, du concubin et des enfants à charge

Votre conjoint : Il est votre époux ou épouse non divorcé ni séparé judiciairement.

Votre partenaire : il est votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS).

Votre concubin : il est votre concubin au sens de l'article 515-8 du Code Civil, non marié à un tiers ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

Vos enfants à charge : sont définis comme tels, vos enfants et ceux de votre conjoint qu'ils soient légitimes, reconnus, recueillis ou adoptifs.

Ils doivent, en outre, répondre aux conditions ci-dessous :

■ d'une part :

- être mineurs ;
- ou être majeurs et âgés de moins de 28 ans et remplir l'une des conditions suivantes :
 - être affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;
- ou quel que soit leur âge, percevoir une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire ;

■ d'autre part : être fiscalement à charge, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

De plus, vos enfants reconnus ou adoptés sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou de votre concubin tel que défini ci-dessus.

Enfin, vos enfants nés moins de 300 jours après votre décès sont considérés comme enfants à charge.

4.6. Contrôles médicaux, expertises et arbitrage

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente ou de perte totale et irréversible d'autonomie. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

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

Ces conclusions s'imposent à vous sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par votre organisme social.

Si vous contestez les conclusions de notre médecin, vous pouvez faire appel au médecin de votre choix. En cas de divergence entre notre médecin et celui que vous avez choisi, 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.

4.7. Règlement de nos prestations

Nos prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par votre convention d'assurance et souscrit par vos soins se réalise pendant la période de garantie.

Nous vous fournissons un formulaire de déclaration que vous devez nous retourner complété.

Le détail des documents nécessaires à leur règlement figure dans la présente notice, à la suite du descriptif de chacune des garanties.

4.8. Garantie décès

4.8.1. Objet de la garantie

Cette garantie prévoit en cas de décès de l'adhérent, le versement d'un capital décès, que le décès soit consécutif à une maladie ou à un accident et survenant avant l'âge d'ouverture du droit à la retraite à taux plein.

4.8.2. Montant de la garantie

En cas de décès de l'adhérent, quelle qu'en soit la cause, nous versons au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dont le montant est déterminé, par application d'un pourcentage à la base de calcul des prestations définie à l'article « Base de calcul des prestations ».

Le pourcentage appliqué correspond au niveau de garantie que vous avez choisi :

- **PERF** : Le montant du capital est fixé à **85% de la base des prestations**.
- **TOP** : Le montant du capital est fixé à **100% de la base des prestations**.

Capital décès supplémentaire en présence d'enfants à charge à la date du décès de l'assuré :

En cas de présence d'enfants à charge à la date du décès de l'Assuré, un capital supplémentaire de 12 000 € par enfant à charge est versé au(x) bénéficiaire(s).

4.8.3. Bénéficiaires du capital

Pour le versement du capital en cas de décès, nous considérons que l'adhérent est décédé le dernier, si un même événement occasionne à la fois le décès de l'adhérent et celui d'une ou plusieurs personnes susceptibles de bénéficier du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) selon le mode de désignation que vous avez choisi.

Si aucune mention particulière n'est faite par ce dernier, nous versons le capital :

- à son conjoint non séparé judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire avec lequel il était lié par un Pacte civil de solidarité tel que défini à l'article « Votre conjoint, votre partenaire, votre concubin, vos enfants à charge » ;
- à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentés et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge ;
- à défaut, par parts égales, à son père et à sa mère ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, à ses héritiers selon la dévolution successorale.

Lorsque la présence d'un enfant à charge donne droit à un capital supplémentaire, celui-ci est versé :

- au conjoint ou au partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, tels que définis à l'article « Votre conjoint, votre partenaire, votre concubin, vos enfants et personnes à charge » père ou mère 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, tels que définis à l'article « Votre conjoint, votre partenaire, votre concubin, vos enfants et personnes à charge » père ou mère de l'enfant, n'en a pas la garde ;
- à chaque enfant majeur ou mineur émancipé.

Pour être bénéficiaire du capital décès, votre concubin de l'adhérent, au sens de l'article 515-8 du Code civil, non marié à un tiers ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers, doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière nominative.

Le partenaire lié par un PACS à l'adhérent ou le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'adhérent par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

La situation de famille retenue est toujours celle constatée au jour du décès.

Désignation particulière des bénéficiaires

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix. Vous devez nous informer par écrit de la désignation particulière, celle-ci pouvant 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.

Sauf en cas d'acceptation de la désignation de bénéficiaire, la désignation de bénéficiaire peut être modifiée. Vous devez nous adresser à cet effet, par avis écrit, cette demande. La modification prend effet dès que nous en avons eu connaissance.

Lorsque la présence d'un enfant ou d'une personne à charge donne lieu à un capital décès supplémentaire, celui-ci lui est versé ou à son représentant légal, s'il ne dispose pas de la capacité juridique, sous forme de capital. Cette disposition s'applique sauf si vous avez clairement manifesté la volonté d'y déroger.

Toutefois, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant vous ;
- ou les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Enfin, si vous avez souhaité répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires, le prédécès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital, aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives.

4.9. Versement par anticipation du capital décès en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Pour bénéficier du versement anticipé du capital décès, vous devez nous demander de reconnaître votre perte totale et irréversible d'autonomie.

Est considéré comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, l'adhérent que nous reconnaissons, avant la date d'attribution de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail) et au plus tard avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein, être dans l'incapacité définitive et totale d'exercer une activité professionnelle quelconque avec l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Nous pouvons être amenés à procéder à une expertise médicale pour prendre notre décision.

Pour ouvrir droit à notre prestation, vous devez en outre selon votre statut :

- être classé en 3^e catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale ou vous être vu attribué un taux d'incapacité permanente de 100 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et bénéficiaire de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne ;
- ou être mis par le service des retraites d'État, en retraite pour invalidité avec majoration pour tierce personne.

Le capital est versé à l'adhérent ou à son représentant légal.

Le versement de ce capital met fin à la garantie décès.

4.10. Documents nécessaires au paiement des prestations

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS (À nous faire parvenir dans les 6 mois suivant le décès) ⁽³⁾	EN CAS DE DÉCÈS	EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ⁽¹⁾
Déclaration de sinistre (imprimé AXA)	X	X
Acte de décès	X	
Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner à notre médecin-conseil sous pli confidentiel)	X	
Demande écrite de l'adhérent ou de son représentant légal		X
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la perte totale et irréversible d'autonomie (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)		X
Notification d'attribution de la Sécurité sociale de la rente de 3 ^e catégorie d'invalidité ou la notification du service des retraites de l'Etat faisant apparaître la majoration pour tierce personne		X
Copie intégrale de l'acte de naissance de l'adhérent	X	
Copie intégrale de l'acte de naissance du conjoint	X	
Photocopie intégrale du ou des livrets de famille	X	X
Photocopie du Pacte civil de solidarité	X	
Extrait d'acte de naissance, datant de moins de 3 mois, de chaque bénéficiaire	X	
Certificat de scolarité ⁽²⁾	X	X
Attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants ⁽²⁾	X	X
Copie du contrat de formation en alternance et attestation de l'employeur de l'enfant précisant qu'il est toujours sous contrat ⁽²⁾	X	X
Attestation du paiement des allocations pour adulte handicapé et photocopie de la carte d'invalidité ⁽²⁾	X	X
Le cas échéant ordonnance ou jugement de tutelle	X	X
Copie du dernier avis d'imposition sur le revenu et attestation de l'administration fiscale précisant le nombre de personnes entrant dans le calcul du quotient familial et d'enfants recevant une pension alimentaire, au jour du décès ⁽²⁾	X	X
Copie du dernier avis d'imposition du concubin	X	

(1) A la réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de 10 jours ouvrés pour statuer ou, éventuellement, demander des pièces complémentaires.

(2) Documents à fournir lorsque l'application de la garantie dépend de vos enfants ou personnes à charge.

(3) En plus des documents listés ci-dessus, le service de gestion peut être amené à demander d'autres pièces justificatives qui s'avèreraient nécessaires en fonction du dossier.

4.11. Garantie incapacité temporaire totale de travail

4.11.1. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de verser une indemnité journalière à l'adhérent se trouvant dans l'incapacité temporaire totale de travail. Les prestations sont versées lorsque le sinistre survient entre la date de début et la date de fin de garantie, sous réserve du respect des délais de déclaration.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail tout agent qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu en cours d'assurance :

- est dans l'obligation, médicalement constatée, de cesser toute activité professionnelle et perçoit à ce titre des prestations de son employeur en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale dont il dépend ;
- ou sont amenés à exercer leur activité à temps partiel thérapeutique et perçoivent à ce titre des prestations en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale dont il dépend.

Les prestations périodiques ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de votre situation pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L131-2 du Code des assurances).

Nous n'intervenons jamais pendant la prise en charge à 100% des prestations statutaires, ni pendant le délai de carence spécifié par l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018, le premier jour indemnisé étant fixé au plus tôt, à partir du passage à demi-traitement. En conséquence, dans le cadre d'une base de prestations intégrant les primes et indemnités, l'assureur ne prend pas en charge l'indemnisation des primes s'il n'intervient pas simultanément pour compléter l'indemnisation du traitement ou salaire indiciaire.

Toutefois, les assurés à temps partiel thérapeutique bénéficiant au titre des garanties statutaires d'un maintien à 100% de leur rémunération principale (TIB et NBI) et de l'indemnité de résidence et du supplément familial, l'indemnisation au titre des autres primes intervient lors du passage à temps partiel thérapeutique.

Nous ne versons aucune prestation pendant les congés de maternité, de paternité ou d'adoption indemnisés par le régime obligatoire dont dépend l'**adhérent** au titre de l'assurance maternité.

Nous ne versons aucune prestation à l'adhérent se trouvant en situation d'exclusion de l'exercice de ses fonctions.

Nous complétons les prestations statutaires réellement versées par l'employeur, la Sécurité sociale ou le service des retraites de l'Etat ; si ces prestations viennent à évoluer pour un motif quelconque, la base de calcul des prestations prise en considération pour le calcul de nos prestations reste celle déterminée conformément à l'article « Base de calcul des prestations », éventuellement revalorisée selon les termes de l'article « La revalorisation des prestations périodiques ».

4.11.2. Montant de la garantie

Nous versons une indemnité journalière à concurrence de 1/360^e de la base de calcul des prestations définis à l'article « Base de calcul des prestations » multipliée par un pourcentage, sous déduction des prestations brutes statutaires ou des prestations brutes servies par la Sécurité sociale et dans la limite de la règle de cumul définie à l'article « Règle de cumul ».

Le pourcentage appliqué est celui correspondant au niveau de garantie que vous avez choisi.

- **PERF** : Le montant des indemnités est fixé à **79 % de la base des prestations** sous déduction des indemnités journalières brutes perçues par l'adhérent au titre de son arrêt de travail ou de l'exercice de son activité à temps partiel thérapeutique, de la part de son employeur au titre des garanties statutaires ou du régime d'assurance maladie de la Sécurité sociale.
- **TOP** : Le montant des indemnités est fixé à **91 % de la base des prestations** sous déduction des indemnités journalières brutes perçues par l'adhérent au titre de son arrêt de travail ou de l'exercice de son activité à temps partiel thérapeutique, de la part de son employeur au titre des garanties statutaires ou du régime d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

Tel que définie à l'article « La base de calcul des prestations », sont exclues de la base des prestations pour la garantie Incapacité temporaire totale de travail, l'indemnité de résidence et le supplément familial.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur ni augmentation de la rémunération (y compris les primes) susceptibles d'intervenir postérieurement à la date de notre prise en charge au titre de la garantie, même à effet rétroactif, ne seront pris en considération. Le grade, l'échelon et l'indice de l'adhérent sont figés à la date de notre prise en charge.

4.11.3. Durée d'indemnisation

Le versement de nos prestations est servi sous réserve que l'adhérent :

- soit reconnu comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail telle que définie au paragraphe « Objet de la garantie » de l'article « la garantie incapacité temporaire totale de travail » ;
- et ne perçoit plus son plein traitement prévu par le statut de la Fonction Publique mais perçoit des prestations de son employeur en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale dont il dépend ;

Nous n'intervenons jamais pendant la prise en charge à 100% des prestations statutaires, ni pendant le délai de carence spécifié par l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018, le premier jour indemnisé étant fixé au plus tôt, à partir du passage à demi-traitement. En conséquence, nous ne prenons pas en charge l'indemnisation des primes et indemnités si nous n'intervenons pas simultanément pour compléter l'indemnisation de la rémunération principale.

Toutefois, les assurés à temps partiel thérapeutique bénéficiant au titre des garanties statutaires d'un maintien à 100 % de leur rémunération principale (TIB et NBI) et de l'indemnité de résidence et du supplément familial, l'indemnisation au titre des autres primes intervient lors du passage à temps partiel thérapeutique.

4.11.4. Versement et cessation du paiement des prestations incapacité temporaire totale de travail

Versement des prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail

Les indemnités sont versées mensuellement à terme échu.

Cessation du paiement des prestations incapacité temporaire totale de travail

Les prestations cessent d'être servies :

- dès la fin de l'indemnisation au titre de votre incapacité temporaire totale de travail en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale dont il dépend ;
- dès que l'adhérent reprend son activité professionnelle à temps plein, ou à temps partiel autre que le temps partiel thérapeutique ;
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur l'adhérent ;
- à la veille de la date à laquelle l'adhérent est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle) ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail ;
- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein ;
- au décès de l'adhérent.

Pour les adhérents reconnus en congé de longue maladie ou en congé de maladie longue durée par exemple, l'adhérent s'engage à nous restituer les sommes indûment versées en cas de rétablissement du plein traitement de l'adhérent, à effet rétroactif, pour la période que nous avons indemnisée.

En cas de non remboursement des sommes indûment versées, aucun versement de prestations ultérieures ne pourra intervenir.

4.11.5. Règle de cumul

En tout état de cause, le cumul des indemnités que vous percevez au titre de la présente convention d'assurance, de votre statut, du régime général de la Sécurité sociale, ou de tout autre organisme ne pourra excéder :

- le pourcentage du niveau de garantie choisi appliqué à la base de calcul des prestations définie à l'article « Base de calcul des prestations » éventuellement revalorisée en application de l'article « Revalorisation des prestations périodiques » ,
- 100 % de votre rémunération nette en vigueur à la date de votre arrêt de travail, éventuellement revalorisée chaque 1^{er} janvier par référence à l'évolution de la valeur du point de l'indice de la fonction publique constatée au titre de l'année précédente.

Les indemnités versées au titre de votre statut, du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme intervenant dans la règle de cumul, correspondent aux montants qui vous sont réellement versés pour la période à indemniser.

En cas de dépassement de cette limite, le montant des indemnités journalières que nous verserons sera réduit à due concurrence.

4.11.6. Documents nécessaires au paiement des prestations

Les demandes de remboursement accompagnées des pièces justificatives doivent nous parvenir dans un délai de deux mois maximum. Au-delà de ce délai, les arrêts de travail sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration.

	À L'ORIGINE DE L'INCAPACITÉ	EN COURS DE VERSEMENT, CHAQUE MOIS
Le document « Déclaration du sinistre »	X	
Relevé d'identité bancaire (RIB) pour le virement de la prestation	X	
Arrêté(s) de l'administration précisant la nature du congé maladie ou sa requalification (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée ...) et les dates de celui-ci, ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement ou sans traitement	X	X
Photocopie du bulletin de salaire de la période à indemniser pour tous et décomptes d'indemnités journalières des régimes obligatoires le cas échéant	X	X
Certificat médical détaillé, à adresser à notre médecin-conseil sous pli confidentiel, complété par le médecin traitant (selon le modèle fourni par AXA)	X	
L'avis d'arrêt de travail initial	X	
Les avis de prolongation d'arrêt de travail	X	X
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 fournis		X
Arrêté administratif du passage à temps partiel thérapeutique et le bulletin de salaire		X
Arrêté administratif de mise en disponibilité d'office pour raisons de santé et le bulletin de salaire		X
Copie de la pièce d'identité en cours de validité (si celle transmise à l'adhésion n'est plus valide)	X	
Tout autre justificatif nécessaire à l'indemnisation	X	X

En plus des documents ci-dessus, le service de gestion peut être amené à demander d'autres pièces justificatives qui s'avèreraient nécessaires en fonction du dossier.

4.12. Garantie invalidité permanente

Cette garantie est une option et ne peut être souscrite qu'en complément des garanties décès et incapacité temporaire totale de travail.

4.12.1. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'une prestation sous forme de rente temporaire non réversible en cas d'invalidité permanente de l'adhérent survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

Est considéré en invalidité permanente :

- L'adhérent relevant du statut de la Fonction Publique, mis à la retraite pour une invalidité par les organismes compétents et se trouvant dans l'impossibilité constatée d'exercer son activité professionnelle ;
- ou l'adhérent relevant du Régime général de la Sécurité sociale, atteint d'une invalidité non imputable au service, classée en 2^e ou 3^e catégorie, admis au bénéfice de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale, ou qui justifie d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail et est donc susceptible de bénéficier d'une pension de vieillesse liquidée au titre de l'invalidité.

4.12.2. Montant de la prestation Invalidité permanente

Le montant de la rente temporaire est déterminé par application d'un pourcentage à la base de calcul des prestations définie à l'article « Base de calcul des prestations », sous déduction des prestations brutes statutaires ou des prestations brutes servies par la Sécurité sociale et dans la limite de la règle de cumul définie à l'article « Règle de cumul » de la garantie invalidité permanente.

Le montant de rente mensuelle est fixé à **60 % de la base des prestations divisée par 12** sous déduction des prestations brutes perçues par l'adhérent, de la part de son employeur, du régime d'assurance maladie de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur, ni augmentation de la rémunération (y compris les primes), susceptible d'intervenir postérieurement à la date de notre prise en charge au titre de la garantie invalidité permanente, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération. Le grade, l'échelon et l'indice du participant sont figés à la date de notre prise en charge.

4.12.3. Versement et cessation de la prestation en cas d'invalidité permanente

Versement de la prestation en cas d'invalidité permanente

La rente temporaire, non réversible, vous est servie mensuellement à terme échu, au jour de la reconnaissance de l'invalidité permanente tel que défini à l'article « Objet de la garantie invalidité permanente » et après épuisement des droits statutaires.

Cessation de la prestation en cas d'invalidité permanente

Le versement de la rente cesse :

- dès que vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel ;
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas atteint d'une invalidité permanente ;
- dès que vous cessez de percevoir la pension d'invalidité permanente de la Fonction publique ou la rente d'invalidité de la Sécurité sociale ;
- à l'âge légal de départ à la retraite ;
- au décès de l'adhérent.

4.12.4. Règle de cumul

En tout état de cause, le cumul des indemnités que vous percevez au titre de la présente convention d'assurance, du service de Retraites de l'Etat, du régime général de la Sécurité sociale, ou de toute autre organisme ne pourra excéder :

- le pourcentage correspondant au niveau de garantie choisi appliqué à la base de calcul des prestations définie à l'article « Base de calcul des prestations », éventuellement revalorisée en application des dispositions de l'article « Revalorisation des prestations périodiques » ;
- 100 % de votre rémunération nette en vigueur à la date de votre arrêt de travail, éventuellement revalorisée chaque 1^{er} janvier par référence à l'évolution de la valeur du point de l'indice de la fonction publique constatée au titre de l'année précédente.

En cas de dépassement de cette limite, le montant des indemnités que nous versons sera réduit à due concurrence de ce montant et l'adhérent s'engage à nous restituer les sommes indûment versées.

4.12.5. Documents nécessaires au paiement des prestations

Lors de votre invalidité, les pièces suivantes doivent nous être remises :

À l'origine de l'invalidité :

- le document « Déclaration de sinistre » si l'invalidité ne fait pas suite à l'incapacité temporaire totale de travail ;
- la notification de mise en retraite pour invalidité de l'Administration, ou de mise en invalidité de la Sécurité sociale ou de liquidation de la pension de vieillesse pour inaptitude au travail ;
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne (RIB – RIP – RICE) du (des) bénéficiaire(s) ;
- photocopie d'une pièce d'identité si l'invalidité ne fait pas suite à l'incapacité temporaire totale de travail.

A l'origine de l'invalidité et chaque année :

- le décompte mensuel des prestations perçues au titre de l'invalidité, émanant de l'Administration, de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance (ou tout justificatif des prestations versées) ;
- attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle ou le cas échéant le justificatif des salaires perçus ou des prestations Pôle emploi ;
- chaque année, une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie ;
- toute autre pièce justificative que l'assureur se réserve le droit de demander.

4.13. Exclusions

4.13.1. Garantie décès

EST EXCLU LE DÉCÈS ET LA PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE RÉSULTANT :

- d'un suicide ou tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année d'adhésion ou, en cas d'augmentation de garantie, au cours de la première année d'effet de celle-ci (pour la part de garantie supplémentaire),
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active de l'adhérent à une guerre passive (où la France ne participerait pas), 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 accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- d'un déplacement ou séjour à titre privé dans une des régions ou un des pays formellement et dans tous les cas 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 14^e jour suivant cette inscription.

Pour ce faire, l'adhérent devra nous le déclarer dix jours avant la date de départ.

4.13.2. Garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente

EST EXCLU L'ARRÊT DE TRAVAIL RÉSULTANT :

- d'un suicide ou tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année d'adhésion ou, en cas d'augmentation de garantie, au cours de la première année d'effet de celle-ci (pour la part de garantie supplémentaire),
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active de l'adhérent à une guerre passive (où la France ne participerait pas), 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 accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- d'un déplacement ou séjour à titre privé dans une des régions ou un des pays formellement et dans tous les cas 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 14^e jour suivant cette inscription.

Pour ce faire, l'adhérent devra nous le déclarer dix jours avant la date de départ.

DE PLUS, EST EXCLU L'ARRÊT DE TRAVAIL OCCASIONNÉ PAR UN ACCIDENT RÉSULTANT :

- du fait intentionnel du bénéficiaire ou de l'adhérent,
- de la pratique par l'adhérent 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 nous appartiendra de prouver que ces règles ont été violées,
- de la participation de l'adhérent à tout sport et/ou compétition à titre professionnel sans lien avec les fonctions d'enseignement du Ministère rattaché à l'Assuré,
- de la participation de l'adhérent, en tant qu'amateur, à des courses professionnelles,
- de la navigation aérienne de l'adhérent :
 - 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 parachute, d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (ULM) 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.

5 - LA CONVENTION D'UTILISATION DES SERVICES NUMERIQUES

Cette convention définit les conditions d'utilisation des Services numériques rendus lors de la souscription ou de l'exécution de votre contrat, lorsque ceux-ci vous sont proposés.

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

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

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

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

Définitions

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

Documents réglementaires

Désigne tout document que nous vous remettons et dont la délivrance à l'assuré est rendue obligatoire par les lois ou règlements en vigueur.

Écran de consultation

Désigne l'écran de la tablette tactile ou de l'ordinateur utilisé par vous notamment lors d'une souscription en ligne, ou par votre conseiller pour vous permettre (I) de lire les documents électroniques, (II) de vérifier et valider les informations saisies et (III) de signer électroniquement vos documents.

Services numériques

Désigne l'ensemble des Services numériques susceptibles d'être mis à votre disposition. Les Services numériques incluent notamment la signature électronique et le Service E-Document. Nous nous engageons à délivrer les Services numériques conformément aux termes de la présente Convention au titre d'une obligation de moyens.

Espace client

Désigne l'espace sécurisé du Site internet, auquel vous pouvez accéder par la saisie de votre Identifiant et de votre Mot de passe. Il contient les renseignements et les documents relatifs à votre souscription électronique (dont votre contrat signé électroniquement), ainsi que certains documents de gestion de votre contrat si ceux-ci ont été dématérialisés. Toute opération effectuée depuis votre Espace client sera réputée être réalisée par vous.

Identifiant

Désigne un numéro d'identification que nous vous aurons communiqué.

Mot de passe

Désigne votre code secret d'accès à votre Espace client.

Nous

Pour les besoins de la présente convention d'utilisation des Services numériques, désigne l'assureur ou son délégataire de gestion.

Service E-Document

Désigne un service qui vous permet de recevoir de façon électronique au sein de votre Espace client tout document y compris les Documents réglementaires sous réserve que lesdits documents soient dématérialisés.

Site internet

Désigne le site internet axa.fr ou tout autre site d'un de nos délégataires de gestion.

Signature électronique

Désigne « l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache » conformément au Code civil.

Téléchargement

Désigne le fait de télécharger un document sur votre ordinateur ou sur tout support de votre choix à partir d'un de nos Sites internet.

Télétransmission

Désigne le fait de transmettre électroniquement un document à partir de votre ordinateur ou tout équipement vous appartenant vers un de nos Sites internet.

Tiers de confiance

Désigne tout prestataire avec lequel nous travaillons délivrant des services dématérialisés tels que la signature électronique ou l'envoi de lettres recommandées électroniques.

Acceptation de la relation électronique

Choix d'une souscription électronique

Le choix d'une souscription électronique peut vous être proposé :

- par un conseiller en relation avec vous de façon directe ou téléphonique,
- lors d'une souscription en ligne sur Internet.

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

Choix de la relation électronique

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

Retour à une relation par échanges papier

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

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

Vos engagements

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

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

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

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

Ainsi, vous vous engagez :

- en cas de changement de numéro de mobile ou d'adresse e-mail, à nous en informer au plus vite en modifiant vos coordonnées personnelles à partir de votre Espace client ou en vous rapprochant de votre conseiller,
- à consulter régulièrement la boîte de messagerie correspondant votre adresse e-mail,
- à configurer votre messagerie électronique de façon à ce que les e-mails que nous vous adressons ou qui vous sont adressés par le(s) Tiers de confiance ne puissent pas être considérés comme des e-mails indésirables (SPAM),
- à vérifier régulièrement vos e-mails indésirables afin de vous assurer que des e-mails liés à la gestion et à l'exécution de votre contrat n'y figurent pas et s'ils y figurent à en prendre connaissance.

Processus de souscription électronique

Lorsque votre contrat peut être souscrit électroniquement, soit dans le cadre d'une souscription auprès de votre conseiller, soit dans le cadre d'une souscription en ligne sur Internet, les étapes sont alors les suivantes :

Étape 1 : Renseignements des informations vous concernant

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

En souscrivant votre contrat auprès de votre conseiller

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

Étape 2 : Présentation des documents

Les documents vous sont alors présentés soit sous format papier, soit sur un support électronique. Il s'agit :

- de la fiche d'information et de conseil précontractuel ;
- de la Notice d'information ;
- du certificat d'adhésion.

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

Les documents sont affichés sur l'Écran de consultation. Vous devrez alors relire l'ensemble des documents afin de vous assurer que les informations saisies sont exactes. Si elles sont erronées, il vous suffit de l'indiquer à votre

conseiller qui procédera aux corrections demandées. Ce n'est que si les informations sont exactes et que vous êtes d'accord avec les conditions proposées que vous devez souscrire le contrat.

Pour ce faire, il vous sera demandé, préalablement au paiement de la prime, de fournir certains documents justificatifs. Ces documents pourront être fournis à votre conseiller soit sur support papier, soit par e-mail.

Étape 4 : Signature électronique du contrat d'assurance

Dès lors que vous avez choisi de souscrire électroniquement votre contrat d'assurance, vous allez signer électroniquement vos documents. L'ensemble des documents vous seront présentés pour signature. La Signature électronique vous engage au même titre qu'une signature manuscrite.

Signature électronique de documents

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

Vérification des documents et signature par voie électronique

Pour signer électroniquement vos documents, vous pouvez, dans certains cas, être redirigés vers le site du Tiers de confiance. En tout état de cause, à ce stade, les documents qui vous sont présentés pour signature ne sont plus modifiables. Vous devez lire ces documents et vous assurer qu'ils correspondent bien aux informations fournies et à celles qui vous ont été présentées.

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

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

Pour des raisons techniques, lorsqu'il y a plusieurs documents, ils peuvent être signés en même temps, ce qui ne signifie pas que lesdits documents ont été renseignés en même temps. L'horodatage est certifié via le dossier de preuves envoyé à CDC Arkhinéo, filiale à 100% de la Caisse des Dépôts et des Consignations. Ce dossier de preuves, qui est rattaché à chaque Signature électronique et archivé pour une période minimum de 10 ans, est un ensemble de fichiers constitué par le Tiers de confiance et qui sera scellé et horodaté par CDC Arkhinéo, partenaire certifié tiers archiver.

Remise de vos documents originaux signés

Dès que vos documents sont signés électroniquement, ils sont automatiquement mis à votre disposition sous forme de pièce jointe dans un e-mail que nous vous adressons. Cette mise à disposition des documents électroniques signés, vaut remise de votre exemplaire original au sens de l'article 1375 du Code civil et accusé de réception au sens de l'article 1127-4 du Code civil.

Nous vous recommandons d'imprimer ces documents afin de disposer d'un exemplaire facilement accessible.

Relation électronique

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

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

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

Nous faisons évoluer régulièrement notre offre de Service E-document. En choisissant la relation électronique, vous acceptez que la liste des documents et informations adressés par voie électronique puisse évoluer.

Moyens de preuve

Vous reconnaissez :

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

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

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

Archivage des documents

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

Données à caractère personnel

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

Votre interlocuteur AXA

AXA vous répond sur :



Je choisis
une assurance **citoyenne**

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

