



Garanties Agir Santé Gamme Responsable 2022

Garanties Agir Santé Gamme Responsable 2022

PRESTATIONS

	ÂGE MINIMUM À L'ADHÉSION : 55 ANS						
	ÂGE LIMITE À L'ADHÉSION : 80 ANS				ÂGE LIMITE À L'ADHÉSION : 75 ANS		
	AGIR ESSENTIEL'C	AGIR ECONOMIQUE'C	AGIR ENERGIE'C	AGIR EQUILIBRE'C	AGIR EXPANSION'C	AGIR EXCELLENCE'C	AGIR EXTREME'C
HOSPITALISATION - SECTEUR CONVENTIONNÉ							
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (par année d'adhésion et par bénéficiaire) (1)	100%	100%	100% + 225 €/an	100% + 450 €/an	100% + 750 €/an	100% + 1000 €/an	100% + 1250 €/an
Honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (par année d'adhésion et par bénéficiaire) (2)	100%	100%	110%	140%	180%	200%	200%
Participation forfaitaire actes lourds (par acte)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait hospitalier illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (limitée à 90 jours en France dont 30 jours en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation) (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	30 €/nuitée	30 €/nuitée	40 €/nuitée	50 €/nuitée	70 €/nuitée	90 €/nuitée	110 €/nuitée
Lit accompagnant (enfant de moins de 16 ans) (limité à 90 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire)	8 €/nuitée	8 €/nuitée	10 €/nuitée	15 €/nuitée	20 €/nuitée	30 €/nuitée	40 €/nuitée
Location télévision par nuitée (limitée à 15 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ACTES MÉDICAUX - SECTEUR CONVENTIONNÉ							
Consultations et visites généralistes (1)	100%	100%	130%	160%	200%	250%	300%
Consultations et visites généralistes (2)	100%	100%	110%	140%	180%	200%	200%
Consultations et visites spécialistes (1)	100%	100%	130%	160%	200%	250%	300%
Consultations et visites spécialistes (2)	100%	100%	110%	140%	180%	200%	200%
Consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres, neurologues et assimilés (3)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de chirurgie, techniques médicaux (1)	100%	100%	130%	160%	200%	250%	300%
Actes de chirurgie, techniques médicaux (2)	100%	100%	110%	140%	180%	200%	200%
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie (1)	100%	100%	130%	160%	200%	250%	300%
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie (2)	100%	100%	110%	140%	180%	200%	200%
Honoraires paramédicaux	100%	100%	130%	160%	180%	200%	250%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	130%	160%	180%	200%	250%
Matériel médical (5)	100%	100%	130%	160%	180%	300%	400%
Forfait Patient Urgence (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
PHARMACIE							
Vignettes 30%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vignettes 65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vignettes 15%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ EN FRANCE				OUI (voir document 100% SANTÉ)			
SOINS DENTAIRES - SECTEUR CONVENTIONNÉ							
Soins dentaires, actes dentaires et parodontologie remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	130%	160%	180%	200%	250%
DENTAIRE - SECTEUR CONVENTIONNÉ (Les montants en € viennent en complément du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie)							
Prothèses dentaires (hors transitoires) remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Prothèses transitoires remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Réparations de prothèses remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par réparation et par bénéficiaire)	100%	100%	40 €	45 €	50 €	60 €	70 €
Inlay core (par inlay et par bénéficiaire)	100%	100%	50 €	60 €	70 €	100 €	130 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par semestre et par bénéficiaire)	100%	100%	60 €	120 €	200 €	300 €	400 €
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par semestre et par bénéficiaire)	-	-	-	160 €	200 €	250 €	300 €
Implantologie (par racine implantaire et par bénéficiaire)	-	-	-	160 €	200 €	250 €	300 €
Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	-	-	160 €	200 €	250 €	300 €
Blanchiment dentaire effectué chez un chirurgien dentiste (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	-	-	30 €	40 €	50 €	60 €
Plafond annuel par bénéficiaire 1^{ère} année	-	-	-	600 €	700 €	800 €	1000 €
Plafond annuel par bénéficiaire 2^{ème} année et suivantes	-	-	-	900 €	1000 €	1200 €	1500 €
Lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur.							
AIDES AUDITIVES : ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ EN FRANCE (CLASSE 1) (4)				OUI (voir document 100% SANTÉ)			
AIDES AUDITIVES (CLASSE 2) (4)							
Aides auditives remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Plafond annuel par bénéficiaire	-	-	-	500 €	600 €	700 €	800 €
Lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur.							

(1) Réalisés par des praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO).
(2) Réalisés par des praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO).
(3) Réalisés par des praticiens signataires ou non du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO).
(4) Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans (aucune dérogation possible).
(5) Plafond annuel par bénéficiaire - 80 € (ENERGIE'C) - 100 € (EQUILIBRE'C) - 140 € (EXPANSION'C) - 200 € (EXCELLENCE'C) - 250 € (EXTREME'C). Lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur.

Garanties Agir Santé Gamme Responsable 2022

PRESTATIONS

	ÂGE MINIMUM À L'ADHÉSION : 55 ANS						
	ÂGE LIMITE À L'ADHÉSION : 80 ANS				ÂGE LIMITE À L'ADHÉSION : 75 ANS		
	AGIR ESSENTIEL'C	AGIR ECONOMIQUE'C	AGIR ENERGIE'C	AGIR EQUILIBRE'C	AGIR EXPANSION'C	AGIR EXCELLENCE'C	AGIR EXTREME'C
OPTIQUE : ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ EN FRANCE MONTURE + 2 VERRÉS (CLASSE A)	OUI (voir document 100% SANTÉ)						
OPTIQUE : MONTURE + 2 VERRÉS (CLASSE B) (Les montants en € viennent en complément du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie)							
Monture (hors solaire) remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €
Verres unifocaux (les 2) remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100 €	110 €	150 €	190 €	260 €	350 €
Si pas d'achat pendant 2 ans à compter de la date du dernier achat de l'équipement prescrit (les 2 verres)	-	+10 €	+20 €	+20 €	+30 €	+40 €	+40 €
Verres multifocaux (les 2) remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	170 €	180 €	220 €	250 €	300 €	390 €
Si pas d'achat pendant 2 ans à compter de la date du dernier achat de l'équipement prescrit (les 2 verres)	-	+30 €	+50 €	+50 €	+60 €	+80 €	+90 €
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, lentilles de vue jetables	100%	110 €/an	140 €/an	170 €/an	210 €/an	300 €/an	390 €/an
Opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	-	130 €/an	170 €/an	200 €/an	250 €/an	350 €/an	450 €/an
Plafond annuel par bénéficiaire 1^{ère} et 2^{ème} année	-	200 €	220 €	270 €	310 €	370 €	470 €
Plafond annuel par bénéficiaire 3^{ème} année et suivantes	-	200 €	220 €	300 €	350 €	410 €	510 €
Limitation à 1 équipement (monture + verres) par période de 2 ans à partir de la date d'achat, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (limitation ramenée à 1 an). Tous les montants du poste optique (y compris le plafond annuel) sont limités à 75% de leur valeur pour les enfants de moins de 18 ans (sauf pour les garanties AGIR ECONOMIQUE'C et AGIR ENERGIE'C).							
CURE (par année d'adhésion et par bénéficiaire)							
Cure thermale remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cure de thalassothérapie (sur facture acquittée et pour un séjour en métropole de 6 jours minimum)	-	-	-	-	80 €/an	120 €/an	160 €/an
BIEN-ÊTRE (par année d'adhésion et par bénéficiaire)							
Acupuncture							
Ostéopathie							
Chiropractie							
Etiopathie							
Réflexologie							
Sophrologie	-	30 €/an	40 €/an	50 €/an	75 €/an	100 €/an	150 €/an
Kinésiologie							
Homéopathie							
Naturopathie							
Aromathérapie							
Phytothérapie							
ACTES MÉDICAUX FÉMININS (par année d'adhésion et par bénéficiaire)							
Amniocentèse non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie							
Procréation médicalement assistée	-	30 €/an	40 €/an	50 €/an	75 €/an	100 €/an	150 €/an
Contraception (stérilet, pilules, patch)							
PRÉVENTION (par année d'adhésion et par bénéficiaire)							
Vaccin antigrippal							
Vaccins prescrits mais non remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie							
Médicaments remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie mais non prescrits							
Bas de contention							
Analyses de laboratoire prescrites mais non remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie							
Densitométrie osseuse							
Aide à l'arrêt du tabac (hors cigarettes électroniques)							
Pédicure - Podologie	-	30 €/an	40 €/an	50 €/an	75 €/an	100 €/an	150 €/an
Préservatifs féminins et masculins (sur facture acquittée et preuve d'achat)							
Bilan diététique chez un médecin nutritionniste							
Bilan allergique							
Ergothérapie							
Bilan psychomoteur chez un psychomotricien							
Diagnostic et surveillance de l'hypertension							
Glucomètre							
ASSISTANCE À DOMICILE	OUI (voir conditions)						

Les pourcentages indiqués ci-dessus sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement, tarif de convention) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.
Les prestations ci-dessus incluent le remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées aux frais réels engagés.
La Mutuelle rembourse au minimum à hauteur de 100% du ticket modérateur les prestations de prévention considérées comme prioritaires telles qu'elles sont définies par l'Arrêté du 8 juin 2006 publié au Journal Officiel le 18 juin 2006.
Les délais d'attente, les limites par année d'adhésion et les conditions de souscription figurent au renvoi des garanties. Les garanties s'inscrivent dans le cadre des contrats dits «responsables» et «solidaires».

Renvoi des Garanties Agir Santé - Gamme Responsable 2022

Pour tous les actes non conventionnés, notre prestation est limitée au paiement du ticket modérateur calculé sur le montant de la base de remboursement du secteur non conventionné. L'âge limite pour adhérer à cette gamme Santé est fixé à :

- 80 ans pour les garanties ESSENTIEL'C, ECONOMIQUE'C, ENERGIE'C, EQUILIBRE'C et EXPANSION'C,
- 75 ans pour les garanties EXCELLENCE'C et EXTREME'C.

Par ailleurs l'âge minimum pour adhérer à toutes les garanties est fixé à 55 ans.

Le changement de garantie ne peut s'effectuer qu'à la date anniversaire du contrat. Lors du changement de garantie, la durée d'adhésion à la garantie précédemment souscrite n'est pas prise en compte.

L'adhésion est souscrite pour une durée initiale de 1 an minimum. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

La résiliation ne peut intervenir qu'après 1 année minimum d'adhésion à la Mutuelle.

HOSPITALISATION

Le poste Hospitalisation s'applique pour un séjour comportant au moins une nuitée.

Pour les frais de séjours, prise en charge des dépassements en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés.

Pour les dépassements d'honoraires, un montant ou un remboursement par an* et par bénéficiaire.

Dans le cas où le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ne transmet pas l'information précisant si le praticien a signé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO), la Mutuelle appliquera, par défaut, le remboursement prévu pour celui qui n'a pas signé. Dès réception de cette précision la Mutuelle procédera au paiement du complément dû selon la garantie souscrite.

Le forfait hospitalier est pris en charge dans sa totalité à sa valeur au 1^{er} janvier de l'année en cours lorsqu'il est facturé par des établissements de santé. **Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.**

La chambre particulière (hors frais de location de télévision) est prise en charge sous réserve de nuitée et en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés. Elle est limitée à une durée de 90 jours par an* et par bénéficiaire (dont 30 jours par an* et par bénéficiaire en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation). **Ambulatoire - Gériatrie - Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.**

La nuitée s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

En cas de séjour **en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation**, les dépenses afférentes à la chambre particulière sont prises en charge selon les niveaux prévus dans chaque garantie dès lors que le séjour est immédiatement consécutif à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ou débute moins de 48h après le terme de l'hospitalisation.

Le lit de l'accompagnant est pris en charge, sous réserve de nuitée, pour une durée de 90 jours par an* et par bénéficiaire. Uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans. **Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées exclues.**

Les frais de location de télévision, lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité, sont pris en charge, sur présentation d'une facture acquittée, pour une durée de 15 jours par an* et par bénéficiaire. **Gériatrie - Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.**

En cas d'adhésion à une garantie AGIR sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **3 mois**, sauf en cas d'accident, et, en cas d'adhésion aux garanties AGIR EXCELLENCE'C et AGIR EXTREME'C ce délai d'attente passe à **9 mois**.

On entend par accident, l'intervention violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, non intentionnelle de la part d'un assuré, caractérisée par l'existence d'une lésion de ce dernier, survenant après la date de prise d'effet de la garantie.

La radiation doit dater de moins de 2 mois.

Les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% de la BR.

Pour les dépassements d'honoraires, dans le cas où le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ne transmet pas l'information précisant si le praticien a signé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO), la Mutuelle appliquera, par défaut, le remboursement prévu pour celui qui n'a pas signé. Dès réception de cette précision la Mutuelle procédera au paiement du complément dû selon la garantie souscrite.

DENTAIRE

Pour les prothèses dentaires et les prothèses transitoires remboursées, notre participation s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque prothèse et dans la limite du plafond annuel*.

Pour les inlays core et les réparations de prothèses remboursés, un montant par bénéficiaire, par inlay core et par réparation dans la limite du plafond annuel*. En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, notre participation s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque inlay core ou réparation.

Pour l'orthodontie remboursée ou non, un montant par semestre* (calculé et proratisé sur la base d'un TO 90) et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou en cas de non remboursement, notre participation s'effectue au regard d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation, la période de début et de fin et le prix du traitement. Le remboursement de l'orthodontie non remboursée s'effectue à la fin de chaque semestre.

Pour l'implantologie, un montant par bénéficiaire et par racine implantaire dans la limite du plafond annuel*. Notre remboursement s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque racine implantaire.

Pour la parodontologie non remboursée, un montant par an* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. Notre participation s'effectue au regard d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque acte.

Pour le blanchiment dentaire, un montant par an* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel* et sur présentation d'une facture acquittée d'un chirurgien dentiste.

En cas d'adhésion aux garanties AGIR EXCELLENCE'C et AGIR EXTREME'C sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **6 mois**. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

Le plafond annuel* s'applique aux prothèses dentaires, aux prothèses transitoires, aux réparations de prothèses, aux inlays core, à l'orthodontie remboursée, à l'orthodontie non remboursée, à l'implantologie, à la parodontologie non remboursée et au blanchiment dentaire.

ACTES MÉDICAUX

OPTIQUE

Montants par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*.

Ces montants sont limités à 75% de leur valeur pour les enfants de moins de 18 ans (sauf pour les garanties AGIR ECONOMIQUE'C et AGIR ENERGIE'C).

Limitation à 1 équipement (monture + verres) par période de 2 ans à partir de la date d'achat, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (limitation ramenée à 1 an).

La monture doit obligatoirement être achetée chez un opticien. La monture solaire n'est pas remboursée.

Pour les lentilles de vue jetables, la facture acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale. Toutes les autres lentilles sont exclues de nos prestations. Les enfants de moins de 12 ans n'ont pas droit à la prestation « lentilles de vue jetables ».

En cas d'adhésion aux garanties AGIR EXCELLENCE'C et AGIR EXTREME'C sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de 6 mois. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

Le plafond annuel* s'applique à l'ensemble du poste optique.

BIEN-ÊTRE

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire, sur présentation d'une facture acquittée.

Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropraxie et d'étiopathie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

ACTES MÉDICAUX FÉMININS

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire. Les actes doivent être médicalement prescrits, sur présentation d'une facture acquittée. La contraception couvre les moyens suivants : le stérilet, les pilules, le patch.

PRÉVENTION

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire, sur présentation d'une facture acquittée.

Pour les médicaments remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie mais non prescrits, le pharmacien devra indiquer le taux de remboursement (15%, 30% ou 65%) sur la facture acquittée.

Pour les vaccins et les analyses de laboratoire non remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, la prescription médicale doit être jointe à la facture acquittée.

L'âge se calcule toujours par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les prestations décrites dans le tableau des garanties et dans le renvoi des garanties incluent le remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par la Mutuelle. Les délais d'attente et les plafonds par an* ou par acte ne s'appliquent pas à la prise en charge du ticket modérateur obligatoire pour les soins remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (article R.871-2 1° du Code de la Sécurité sociale).

Cependant, dans le cadre de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- les participations forfaitaires à charge de l'assuré, définies à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, pour l'ensemble des actes auxquels elles s'appliquent,
- la minoration du remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en l'absence de choix d'un médecin traitant ou lors d'une consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale),
- en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux dépassements autorisés pour les praticiens conventionnés (article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale) dans les limites conventionnelles en vigueur.

Par ailleurs, les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale relatif aux contrats responsables et les décrets pris pour son application (notamment le décret 2019-21 du 11/01/2019 modifiant l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale).

Dans ce contexte, sont pris en charge par la Mutuelle, dans les limites et plafonds définis dans le tableau des garanties :

- les soins remboursés par le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie tels que définis aux articles R.871-2 1° et D.911-1 1° du Code de la Sécurité Sociale, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur,
- les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS ou à l'OPTAM/OPTAM-CO prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents au CAS ou à l'OPTAM/OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable,
- les équipements optique (verres et monture) dans le respect des minima et maxima définis par les articles R.871-2 3° et D.911-1 4° du Code de la Sécurité Sociale.

*La limite annuelle, pour toutes les prestations, s'entend par année d'adhésion c'est-à-dire la période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée sur le bulletin d'adhésion ou de modification pour chaque bénéficiaire.

Gratuité de la cotisation pour le 3^{ème} et le 4^{ème} enfant. Le 5^{ème} enfant et les suivants sont payants. Pour la naissance du 1^{er} enfant, du 2^{ème}, du 5^{ème} et des suivants, les 3 premiers mois de cotisation du nouveau né sont offerts à condition qu'il soit inscrit à la Mutuelle dans les 3 mois qui suivent sa naissance.

Les garanties de cette gamme s'exercent en France. Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours hospitaliers, honoraires, transports ou achats de produits,...), la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie au titre des « soins à l'étranger ».**

La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger (exception faite des lentilles de vue jetables pour lesquelles la Mutuelle intervient à hauteur du montant défini au tableau des garanties et selon les conditions mentionnées au renvoi des garanties) qui ont pour objet la mise en application de forfaits ou de remboursements non soumis à prise en charge par le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie.

Les prestations sont toujours versées en France.

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les collectivités ou pays d'outre-mer (COM et POM) ainsi que les personnes couvertes par la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) ne peuvent pas être affiliées au contrat.

Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement = BR, tarif de convention = TC, tarif de responsabilité = TR, tarif forfaitaire de responsabilité = TFR) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours. Toute évolution des règles de remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse de remboursement...) pourra entraîner des modifications de nos prestations.

** Dans ce cadre les frais de séjour en hospitalisation seront limités à 100% de la BR pendant 30 jours par an* et par bénéficiaire.

Dispositions 100% santé en France complétant votre tableau des garanties pour les postes OPTIQUE, DENTAIRE ET AIDES AUDITIVES

1 - POSTE OPTIQUE

Garanties	Composition du panier	Prise en charge
EQUIPEMENT 100% SANTE (CLASSE A)		
Monture de Classe A	<ul style="list-style-type: none"> Monture respectant les normes européennes, avec un prix égal ou inférieur à 30 €. Chaque opticien aura au minimum 35 modèles de montures adultes « 100% Santé » et 20 modèles de montures pour enfants. Verres traitant l'ensemble des troubles visuels. Prestations obligatoirement prises en charge : amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet. Prestations d'appariage deux verres d'indice de réfraction différents ; Supplément pour verres (filtre teinté) et monture à coque (enfant de moins de 6 ans) ; Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale des verres correcteurs par l'opticien. 	Aucun reste à charge après le remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV fixés par décret), sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.
Verres de Classe A		
Autres prestations		
EQUIPEMENT AUTRE QUE 100% SANTE (CLASSE B)		
Monture de Classe B	<p>Votre contrat prévoit des forfaits dédiés à la monture et aux verres ; la prise en charge se fera donc en fonction de chacun des forfaits et dans la limite des plafonds prévus dans chaque garantie.</p> <ul style="list-style-type: none"> Supplément pour verres (filtre teinté) et monture à coque (enfant de moins de 6 ans) ; Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale des verres correcteurs par l'opticien. 	<p>Les garanties actuelles prévues au contrat continuent de produire leurs effets dans le respect des limites de prise en charge minimales et maximales (remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE), sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.</p> <p>100% du ticket modérateur</p>
Verres de Classe B		
Autres prestations		

2 - POSTE DENTAIRE

Garanties	Composition du panier	Entrée en vigueur	Prise en charge
SOINS DENTAIRE PROTHETIQUES 100% SANTE			
Actes dentaires définis par l'arrêté du 24 mai 2019, dont notamment :	Couronnes et bridges	Depuis le 1 ^{er} janvier 2020	Aucun reste à charge après remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE et dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF fixés par décret).
	Autres prothèses	À partir du 1 ^{er} janvier 2021	
SOINS DENTAIRE PROTHETIQUES AUTRES QUE 100% SANTE			
Prothèses relevant du panier à tarifs modérés (prise en charge dans la limite des honoraires limites de facturation)			Vos garanties actuelles continuent de produire leurs effets.
Prothèses relevant du panier à tarifs libres			

Dispositions 100% santé en France complétant votre tableau des garanties pour les postes OPTIQUE, DENTAIRE ET AIDES AUDITIVES

3 - POSTE AIDES AUDITIVES – À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2022

Garanties	Composition du panier	Prise en charge
EQUIPEMENT 100% SANTE (CLASSE I)		
Prothèses auditives classe I	<ul style="list-style-type: none"> Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire ; Au moins 12 canaux de réglages ou dispositif de qualité équivalente pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ; 4 ans de garantie ; Au moins trois options de la liste A. 	Aucun reste à charge après remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE et dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV fixés par décret), sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.
EQUIPEMENT AUTRE QUE 100% SANTE (CLASSE II)		
Prothèses auditives classe II	Une aide auditive de classe II doit comporter au moins 6 options de la liste A, et au moins une option de la liste B. Pour certaines aides auditives (arrêté du 14 novembre 2018) le nombre minimal d'options de la liste A requis pour une prise en charge au titre de la classe II est abaissé à 3 si et seulement si l'aide auditive comporte au moins 3 options de la liste B, ou à 4 options de la liste A si et seulement si l'aide auditive comporte au moins 2 options de la liste B.	Les garanties actuelles prévues au contrat continuent de produire leurs effets dans le respect des limites de prise en charge minimales et maximales et sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.

Liste A :

- système anti-acouphène
- batterie rechargeable, permettant la charge de l'aide auditive sur un socle branché sur secteur
- connectivité sans fil permettant un échange de données avec des dispositifs de communication sans fil (fonction télécommande et/ou Bluetooth)
- réducteur de bruit du vent permettant une atténuation des basses fréquences générées par les turbulences à l'entrée du ou des microphones.
- synchronisation binaurale, permettant de synchroniser les traitements du son entre l'oreille droite et gauche le cas échéant
- directivité microphonique adaptative (le nul de captation induit par la directivité en fonction de la localisation de la source de bruit s'adapte automatiquement en fonction de l'azimut de la source)
- bande passante élargie $\geq 6\,000\text{Hz}$ permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 6 000Hz (équivalent à une fréquence d'échantillonnage du convertisseur de 16kHz)

Liste B :

- borne haute de la bande passante élargie $\geq 10\,000\text{ Hz}$ permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 10 000Hz
- nombre de canaux de réglage ≥ 20
- réducteur de bruit impulsionnel permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300ms

Accessoires et fournitures



Assistance

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT PLEYEL SANTE ASSISTANCE A DOMICILE - N° 0804340

PREAMBULE

La présente Notice d'information détaille les garanties du contrat d'assurance pour compte souscrit par la MUTUELLE PLEYEL SANTE société mutualiste régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN 784 451 569, dont le siège social est situé au 187 Boulevard Anatole France - 93200 SAINT DENIS CEDEX pour le compte de ses Adhérents. Elle précise le contenu, les conditions et modalités de mise en œuvre des garanties ainsi que les limites de couverture.

Ce contrat est souscrit par **PLEYEL SANTE** auprès de **Inter Partner Assistance**, société anonyme de droit belge au capital de 130 702 613 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 située 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française située 6, rue André Gide – 92320 Châtillon, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 316 139 500, ci-après désignée « **AXA Assistance** ».

La présente Notice a pour objet de préciser le contenu des garanties d'assistance et définir leurs termes, conditions et limites de mise en œuvre.

« QUE DOIT FAIRE LE BENEFICIAIRE EN CAS DE SINISTRE ? »

Pour bénéficier de nos services d'assistance immédiate et avant d'engager toute dépense, vous devez nous appeler au numéro suivant :

3633 depuis la France (coût d'un appel local)

Notre service fonctionne 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues au Contrat sans l'accord préalable d'AXA Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à un remboursement.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge ou remboursées, sous réserve d'envoyer les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant. AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

ARTICLE 1. DEFINITIONS

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

Accident corporel :

Altération brutale de la santé du Bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

Animaux domestiques :

Animaux familiers (chiens et chats uniquement et 2 maximum) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

Ascendant dépendant / Personne dépendante :

Personne se trouvant dans l'impossibilité absolue, médicalement constatée, d'effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter et à qui il aura été délivré, l'une des trois prescriptions médicales suivantes :

- l'assistance constante d'un tiers, complétant les services de soins à domicile,
- l'hospitalisation en centre de long séjour,
- l'hébergement en section de cure médicale.

Atteinte corporelle grave :

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

Autorité médicale :

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

Bénéficiaire :

L'Adhérent à Pleyel Santé, ainsi que son conjoint de droit ou de fait, les enfants et petits-enfants vivant au Domicile, les enfants handicapés (sans limite d'âge) et les ascendants dépendants directs fiscalement à leur charge.

Domicile :

Lieu de résidence principal et habituel ou secondaire du Bénéficiaire figurant comme domicile sur le contrat frais de santé. Il est situé en France.

Equipe médicale :

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'AXA Assistance.

Faits générateurs :

Les garanties d'assistance s'appliquent en cas d'hospitalisation, d'immobilisation ou de décès d'un Bénéficiaire.

France :

France métropolitaine, principautés de Monaco et d'Andorre.

Franchise :

Part des dommages à la charge du Bénéficiaire.

Hospitalisation :

Séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle grave.

Hospitalisation imprévue :

Toute hospitalisation consécutive à une Maladie soudaine et imprévisible ou à un Accident corporel.

Immobilisation au domicile :

Obligation de demeurer au Domicile au moins 48 heures, médicalement prescrite, à la suite d'une Maladie soudaine et imprévisible ou d'un Accident corporel.

Maladie :

Altération de la santé du Bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Membre de la famille :

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au Bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du Bénéficiaire domiciliés en France telle que définie ci-avant.

Pathologie Lourdes :

Les Pathologies lourdes prises en charge dans le cadre de la présente garantie sont les suivantes :

- Accident vasculaire cérébral invalidant,
- infarctus ou pathologie cardiaque invalidante,
- hémopathies,
- insuffisance hépatique sévère,
- diabète insulinoinstable,

- myopathie,
- insuffisance respiratoire instable,
- Parkinson non équilibré,
- Mucoviscidose,
- insuffisance rénale dialysée décompensée,
- suite de transplantation d'organe,
- paraplégie non traumatique,
- poly- arthrite rhumatoïde évolutive,
- sclérose en plaques,
- sclérose latérale amyotrophique,
- complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'AXA Assistance ainsi que les pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie.

Proche :

Toute personne physique désignée par le Bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le Bénéficiaire.

Souscripteur : PLEYEL SANTE

ARTICLE 2. TERRITORIALITE

Les garanties s'appliquent en France et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre

ARTICLE 3. INFORMATIONS ET DEMARCHES CONSEILS

3.1 INFORMATIONS SANTE ET JURIDIQUE

AXA Assistance met à la disposition des Bénéficiaires ou de leurs Proches, un service d'informations téléphonique accessible du lundi au vendredi, **sauf jours fériés, de 9h30 à 19h30.**

Selon les cas, AXA Assistance devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le Bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires. **Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'AXA Assistance ne pourra, en aucun cas, être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.**

Les thèmes sont les suivants :

- Régime de protection social et retraite,
- Assurance maladie,
- Démarches administratives,
- Accidents du travail,
- Maladies professionnelles,
- Médecine légale,
- Sport et santé,
- Services d'urgence,
- Hôpital : fonctionnement, droits des malades,
- Dons d'organes, transplantations et greffes, transfusions sanguines,

- Associations de patients,
- Gériatrie,
- Aide au maintien à domicile des personnes âgées,
- Etablissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme, etc),
- Habitation,
- Impôts, fiscalité,
- Assurance vie,
- Famille,
- Adoption,
- Successions,
- Prestations familiales,
- Congés parentaux,
- Allocations.

3.2 INFORMATIONS SANTE ET MEDICAL

Les professionnels de santé d'AXA Assistance communiquent au Bénéficiaire des informations et conseils médicaux et paramédicaux, du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures, d'ordre général portant sur les thèmes suivants :

- Maternité : examens à effectuer, allaitement, maladie du nourrisson, prestations familiales, congé maternité, modes de garde, sevrage,
- 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,
- Pathologies et prises en charge (maladies cardiovasculaires, allergies, autisme, cancérologie, chirurgie viscérale ou plastique, soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, transplantation et greffe, maladies orphelines...) : douleur, traitement et conséquences médicales, évolution de la maladie, risque de transmission,
- Examens médicaux : IRM, radiologie, biologie, scanners, IRM, échographies, scintigraphies,
- Voyage : hygiène, équivalence en médicaments, vaccins, bonnes pratiques,
- Vaccinations : obligatoires, recommandées, calendrier, contre-indications,
- Médecines douces : acupuncture, ostéopathie, thermalisme, médecines parallèles.

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

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

3.3 INFORMATIONS ET CONSEILS « VIE PRATIQUE »

AXA Assistance met à la disposition des Bénéficiaires un service de renseignements téléphoniques **accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.**

Les questions ou demandes sont d'ordre privé et ne saurait concerner l'exercice d'une activité professionnelle.

Lorsqu'une réponse immédiate ne peut être apportée, AXA Assistance s'engage à effectuer les recherches nécessaires et rappeler le Bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements demandés.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire, aussi la responsabilité d'AXA Assistance ne saurait être engagée en cas d'interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes couverts sont les suivants :

- Locaux d'habitation
- Copropriété
- Locaux professionnels
- Assurances
- Travail
- Retraite
- Enseignement - formation
- Protection sociale
- Formalités
- Services publics
- Sociétés - commerçants - artisans
- Droits de la consommation
- Vacances et loisirs
- Informations liées aux voyages.

3.4 PREVENTION NUTRITION SANTE

Chaque Bénéficiaire pourra solliciter, 1 fois par an, des conseils diététiques par téléphone **du lundi au vendredi de 9h à 18h** concernant plus particulièrement :

- Un accès à des informations pratiques pour un bon équilibre alimentaire,
- Les actions en faveur de la prévention santé avec une sensibilisation à la nutrition infantile et les problèmes d'obésité,
- Les réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires et les problématiques de la dénutrition chez la personne dépendante.

Ces conseils sont dispensés par des diététiciens.

Un bilan nutritionnel peut être réalisé. **Il sera à la charge de l'Adhérent.**

3.5 ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

En cas d'Atteinte corporelle ou de décès affectant un Membre de la famille du Bénéficiaire, AXA Assistance fait réaliser, du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00, et prend en

charge **jusqu'à 5 évaluations par téléphone** de la situation du Bénéficiaire par un(e) Assistant(e) Social(e) qui l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés en prenant contact, s'il le souhaite, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés.

3.6 RECHERCHE DE PERSONNEL MEDICAL OU PARAMEDICAL

A la demande du Bénéficiaire, AXA Assistance fournit 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les coordonnées de services ou de prestataires qualifiés proches du Domicile du Bénéficiaire : services de santé spécialisés ou personnel paramédical (aide-soignante, garde malade, infirmière, kinésithérapeute).

Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.

3.7 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements traumatisants tels qu'un Accident, une Maladie, une Pathologie Lourde ou un décès affectant l'un des Bénéficiaires, AXA Assistance peut mettre le Bénéficiaire en relation avec un psychologue clinicien **à raison de 5 entretiens téléphoniques par évènement** pour l'ensemble des Membres de la famille.

AXA Assistance se charge également, s'il le souhaite, de le mettre en relation avec un psychologue proche de son Domicile. **Les frais des 3 premières consultations en physiques sont prises en charge par AXA Assistance.** Les autres frais restent à la charge du Bénéficiaire.

3.8 AVIS SUR DEVIS OBSEQUES

Sur demande du Bénéficiaire ou d'un Proche de l'Adhérent et après transmission du devis obsèques par courrier, mail ou fax, AXA Assistance donne un avis technique en apportant une information objective afin de permettre d'opérer le meilleur choix possible en toute connaissance de cause.

Ainsi AXA Assistance apporte toute information utile sur les prestations proposées et leur coût par rapport aux tarifs moyens constatés dans la région en particulier sur les thèmes suivants :

- Les démarches et formalités,
- Les soins de conservation et de présentation,
- La maison funéraire,
- Les différents types de cercueil,
- La mise en bière,
- Les convois,
- La sépulture / l'urne.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'AXA Assistance ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'utilisation des informations transmises.

Ce service est accessible de 8h à 20h30 et 7 jours sur 7.

ARTICLE 4. GARANTIES EN CAS D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DU CONJOINT

En cas d'Accident corporel ou de Maladie entraînant une immobilisation au Domicile supérieure à 5 jours de l'Adhérent ou de son conjoint AXA Assistance organise et prend en charge les garanties décrites ci-dessous sur une période maximale de 30 jours :

4.1 AIDE-MENAGERE

A la demande du Bénéficiaire, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à Domicile soit pendant sa durée d'immobilisation ou d'hospitalisation soit dès son retour à son Domicile.

Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

AXA Assistance prend en charge **30 heures maximum par évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.**

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

Seul AXA Assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après bilan médical.

4.2 PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

AXA Assistance organise et prend en charge un titre de transport aller - retour en France, en avion classe économique ou en train 1ère classe, pour un Membre de la famille ou un Proche afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé.

Cette garantie est accordée si aucun Membre de la famille du Bénéficiaire ne se trouve **dans un rayon de 50 km de son lieu de Domicile.**

AXA Assistance organise son hébergement sur place et prend en charge ses **frais d'hôtel maximum à concurrence de 92€ par nuit, maximum 2 nuits (chambre et petit déjeuner uniquement).**

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

4.3 LIVRAISON DE MEDICAMENTS

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

Cette garantie est accordée dans les 30 jours qui suivent la date de l'incident, **dans la limite de une (1) livraison par évènement.**

En aucun cas, AXA Assistance n'est chargé d'une quelconque transmission de recommandation entre le Bénéficiaire et le pharmacien.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

4.4 PORTAGE DE REPAS

Lorsque l'Adhérent ou son conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par ses Proches et à sa demande, AXA Assistance organise et prend en charge la livraison de repas à domicile (déjeuner et dîner exclusivement) **pendant 7 jours à compter de la date de l'évènement et selon les disponibilités locales.**

Le coût de la garantie reste à la charge du Bénéficiaire

4.5 PORTAGE D'ESPECES

Lorsque l'Adhérent ou son conjoint ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, AXA Assistance organise et prend en charge :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire proche du Domicile
- ou le portage d'espèces, contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, **pour un montant maximum de 150€.**

Cette garantie s'applique dans la **limite d'un (1) transport (ou portage) par évènement. La somme avancée devra être remboursée à AXA Assistance dans un délai de 30 jours.**

4.6 LIVRAISON DE COURSES

Lorsque ni l'Adhérent ou son conjoint ni l'un de leurs Proches ne sont en mesure de faire les courses, AXA Assistance prend en charge **les frais de livraison d'une (1) commande par semaine.** Les frais de livraison seront remboursés à l'Adhérent sur présentation d'une facture avec la mention des « frais de livraison ». Lorsque les

disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, AXA Assistance organise et prend en charge la livraison par taxi.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

4.7 COIFFURE A DOMICILE

Lorsque l'Adhérent ou son conjoint a besoin de soin de coiffure, AXA Assistance organise le déplacement d'un coiffeur au Domicile.

Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'Adhérent.

4.8 TRANSPORT AUX RDV MEDICAUX

A la demande du Bénéficiaire :

- Si le transport est prescrit médicalement et bénéficie d'une prise en charge par les régimes de prévoyance du Bénéficiaire, AXA Assistance organise le transport (1 aller/retour en taxi ou VSL) du Bénéficiaire pour se rendre à un rendez-vous médical programmé dans un **rayon de 50 km autour du Domicile.**
- Si le transport n'est pas prescrit médicalement, AXA Assistance organise et prend en charge le transport (1 aller/retour en taxi ou VSL) du Bénéficiaire pour se rendre à un rendez-vous médical programmé dans un **rayon de 50 km autour du Domicile, dans la limite d'un (1) déplacement par évènement.**

ARTICLE 5. GARANTIES FAMILLE EN CAS D'IMMOBILISATION DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

En cas d'immobilisation au Domicile de plus de 5 jours de l'Adhérent ou de son conjoint, AXA Assistance organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

5.1 GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE)

AXA Assistance organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- Le déplacement d'un Proche :

Le déplacement aller - retour en France d'un Proche, par train 1ère classe ou avion classe économique, pour garder les enfants ou petits-enfants au Domicile, **limité à un (1) déplacement par évènement.**

OU

- Le transfert des enfants ou petits-enfants :

Le déplacement aller - retour des enfants ou petits-enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1ère

classe ou avion classe économique, auprès de Proches susceptibles de les accueillir, **limité à un (1) transfert par évènement.**

OU

- La garde des enfants ou petits-enfants :

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, AXA Assistance organise et prend en charge la garde de jour des enfants ou petits-enfants au Domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, **hors jours fériés**. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par AXA Assistance selon la situation et **ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours par évènement.**

5.2 CONDUITE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS A L'ECOLE ET RETOUR AU DOMICILE

Si personne ne peut assurer la conduite des enfants ou petits-enfants à l'école et leur retour au Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge leur transport à l'école et leur retour au Domicile en taxi **à concurrence d'un (1) aller / retour maximum par jour et par enfant jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.**

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

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 Assistance intervient à la demande des parents ou du représentant légal et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir pendant le trajet et/ou du refus du chef d'établissement de laisser partir l'enfant.

5.3 CONDUITE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS AUX ACTIVITES EXTRA-SCOLAIRES

Si personne ne peut assurer la conduite des enfants ou petits-enfants aux activités extra-scolaires, AXA Assistance organise et prend en charge leur transport en taxi **à concurrence d'un (1) aller / retour maximum par semaine et par enfant sur une période de 4 semaines maximum.**

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 Assistance intervient à la demande des parents ou du représentant légal et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir pendant le trajet et/ou du refus du chef d'établissement de laisser partir l'enfant.

5.4 AIDE AUX DEVOIRS

AXA Assistance organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au Domicile.

Ce soutien s'adresse aux enfants ou petits-enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Ces cours sont dispensés au Domicile du Bénéficiaire durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières **dans la limite de 2 heures maximum par enfant et par semaine** (hors vacances scolaires).

Cette garantie s'applique pendant la durée d'immobilisation plafonnée et sur une période maximale de 4 semaines.

5.5 GARDE DES ASCENDANTS DEPENDANTS

AXA Assistance organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- Le déplacement d'un Proche :

Le déplacement aller - retour en France d'un Proche, par train 1ère classe ou avion classe économique, pour garder les ascendants dépendants au Domicile, **limité à un (1) déplacement par évènement.**

OU

- Le transfert des ascendants dépendants chez un Proche :

Le déplacement aller - retour des ascendants dépendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1ère classe ou avion classe économique, auprès d'un Proche susceptible de les accueillir, **limité à un (1) transfert par évènement.**

OU

- La garde des ascendants dépendants :

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, AXA Assistance organise et prend en charge la garde de jour des ascendants dépendants au Domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, **hors jours fériés**. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par AXA Assistance selon la situation et **ne pourra**

excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours par évènement.

ARTICLE 6. GARANTIES FAMILLE EN CAS D'IMMOBILISATION DES ENFANTS

En cas d'immobilisation au Domicile des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge), AXA Assistance organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

6.1 PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours d'un enfant ou petit-enfant de moins de 16 ans ou d'un enfant handicapé (sans limite d'âge), AXA Assistance organise et prend en charge un titre de transport aller - retour en France, en avion classe économique ou en train 1ère classe, pour un Membre de la famille ou un Proche afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé.

Cette garantie est accordée si aucun Membre de la famille du Bénéficiaire ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de Domicile.

6.2 GARDE D'ENFANTS MALADES

AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une garde malade dès le retour au Domicile ou pendant l'immobilisation à Domicile des enfants ou petits-enfants malades ou accidentés. La durée de présence de la garde malade est fixée par l'équipe médicale d'AXA Assistance, en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder 30 heures, réparties sur 30 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.**

6.3 SOUTIEN SCOLAIRE

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant ou petit-enfant nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants ou petits-enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : **français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.**

Ces cours sont dispensés **à partir du 15e jour de l'immobilisation au domicile** de l'enfant ou petit-enfant durant l'année scolaire en cours, **hors jours fériés et vacances scolaires.**

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 3 heures maximum par jour ouvrable.

ARTICLE 7. GARANTIES EN CAS DE PATHOLOGIE LOURDE QUI ENTRAINE UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE 5 JOURS OU A LA SUITE D'UNE AGGRAVATION D'UNE PATHOLOGIE LOURDE DEJA EXISTANTE ENTRAINANT UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE 10 JOURS

AXA Assistance organise et prend en charge les garanties décrites ci-dessous à utiliser sur 12 mois à compter de la déclaration d'une pathologie lourde ou de l'aggravation d'une pathologie lourde déjà existante.

La déclaration d'une pathologie lourde ou son aggravation doit se faire dans un délai d'1 mois suivant la sortie de l'hospitalisation.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé **sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'AXA Assistance**, des mesures conservatoires d'aide-ménagère peuvent être mises en œuvre **à concurrence de 6 heures sur une semaine**. Le nombre d'heures attribué est évalué par AXA Assistance selon la situation.

7.1 BILAN ERGOTHERAPEUTE

AXA Assistance organise et prend en charge la réalisation d'un bilan des capacités physiques et mentales du Bénéficiaire afin d'évaluer leur adéquation aux spécificités du logement occupé.

Ce bilan est effectué par l'envoi d'un spécialiste (ergothérapeute, bureau d'étude, etc....) à son Domicile **dans la limite d'un (1) bilan pour la durée de contrat et à hauteur de 500 euros** afin de déterminer et d'évaluer financièrement les mesures à prendre en vue d'adapter l'habitat aux besoins du Bénéficiaire et lui adresse un document détaillant les aménagements proposés et leurs coûts.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

7.2 SERVICES DE TRAVAUX POUR L'AMENAGEMENT DU DOMICILE

Après la remise du bilan de capacité physique et mentale, AXA Assistance organise :

- le déplacement éventuel de professionnels, en accord avec le Bénéficiaire, afin d'établir un devis détaillé des aménagements ou travaux nécessaires.
Après la remise d'un document détaillant les aménagements proposés et leur coût, AXA Assistance fournit au Bénéficiaire le conseil personnalisé afin d'obtenir les aides publiques ou privées susceptibles de financer tout ou partie des travaux.

Le coût des aménagements reste à la charge du Bénéficiaire.

7.3 TELEASSISTANCE

AXA Assistance propose un service d'aide à la sécurité des personnes dès l'entrée en dépendance et à leur maintien à Domicile. Il permet d'obtenir une réponse rapide et adaptée en cas d'incident à Domicile ainsi que des services complémentaires.

Le contenu et les modalités d'application de ce service font l'objet d'un contrat individuel à souscrire séparément. **Le service est proposé avec une réduction de 15 % sur le tarif public.**

Les renseignements relatifs à cette souscription peuvent être obtenus en contactant AXA Assistance. Ce service n'est accessible qu'en France métropolitaine.

7.4 ORGANISATIONS DE SERVICES

A compter de la déclaration ou d'une aggravation d'une Pathologie Lourde, AXA Assistance met à disposition du Bénéficiaire une enveloppe de services **limitée à 1 000 euros à utiliser sur une période maximale de 12 mois. La prise en charge est fixée à :**

- **une enveloppe pour l'Adhérent ou conjoint**
- **une enveloppe pour l'enfant et petit-enfant de moins de 16 ans**

Il ne sera accordé qu'**une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.**

Les prestations peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins et dans la limite de l'enveloppe de services de 1 000 euros.

Possibilité de panacher les prestations : **Cf. tableau enveloppe de services ci-après :**

Enveloppe de services pour l'Adhérent ou conjoint	Unité de mesure
Aide ménagère à domicile	2 heures
Présence d'un Proche	1 titre de transport A-R*
Transport aux RDV médicaux	1 taxi A-R**
Livraison de médicaments	1 livraison
Livraison de courses	1 livraison
Portage de repas	1 livraison
Coiffure à domicile	1 déplacement
Entretien jardin	1 heure
Garde d'enfant	2 heures
Conduite à l'école	1 A-R par jour
Conduite aux activités extrascolaires	1 A-R par jour

Enveloppe de services pour l'enfant et petit-enfant	Unité de mesure
Garde d'enfant malade	2 heures
Présence d'un proche	1 titre de transport A-R*
Transport aux RDV médicaux	1 taxi A-R**
Livraison de courses	1 livraison
Portage de repas	1 livraison
Coiffure à domicile	1 déplacement

* Déplacement par train 1ère classe ou avion classe éco.

** Dans un rayon de 50 km.

ARTICLE 8. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE ET IMPREVUE DE PLUS DE 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DU CONJOINT

8.1 AIDE -MENAGERE

A la demande du Bénéficiaire, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à Domicile soit pendant sa durée d'Hospitalisation soit dès son retour au Domicile ou pendant son immobilisation à Domicile.

Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

AXA Assistance prend en charge **10 heures maximum par évènement avec un minimum de 2 heures consécutives réparties sur une période maximale de 10 jours.**

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

Seul AXA Assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après bilan médical.

8.2 PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

AXA Assistance organise et prend en charge un titre de transport aller - retour en France, en avion classe économique ou en train 1ère classe, pour un Membre de la famille ou un Proche afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé.

Cette garantie est accordée si aucun Membre de la famille du Bénéficiaire ne se trouve **dans un rayon de 50 km de son lieu de Domicile.**

AXA Assistance organise son hébergement sur place et prend en charge ses **frais d'hôtel maximum à concurrence de 92€ par nuit, maximum 2 nuits (chambre et petit déjeuner uniquement).**

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

8.3 LIVRAISON DE MEDICAMENTS

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

Cette garantie est accordée dans les 30 jours qui suivent la date de l'incident, **dans la limite d'une (1) livraison par évènement.**

En aucun cas, AXA Assistance n'est chargé d'une quelconque transmission de recommandation entre le Bénéficiaire et le pharmacien.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

8.4 PORTAGE DE REPAS

Lorsque l'Adhérent ou son conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par ses Proches et à sa demande, AXA Assistance organise et prend en charge la livraison de repas à domicile (déjeuner et dîner exclusivement) **pendant 7 jours à compter de la date de l'évènement et selon les disponibilités locales.**

Le coût de la garantie reste à la charge du Bénéficiaire

8.5 PORTAGE D'ESPECES

Lorsque l'Adhérent ou son conjoint ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, AXA Assistance organise et prend en charge :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire proche du Domicile
- ou le portage d'espèces, contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, **pour un montant maximum de 150€.**

Cette garantie s'applique dans la **limite d'un (1) transport (ou portage) par évènement. La somme avancée devra être remboursée à AXA Assistance dans un délai de 30 jours.**

8.6 LIVRAISON DE COURSES

Lorsque ni l'Adhérent ou son conjoint ni l'un de leurs Proches ne sont en mesure de faire les courses, AXA Assistance prend en charge **les frais de livraison d'une (1) commande par semaine.** Les frais de livraison seront remboursés à l'Adhérent sur présentation d'une facture avec la mention des « frais de livraison ». Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, AXA Assistance organise et prend en charge la livraison par taxi.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

8.7 COIFFURE A DOMICILE

Lorsque l'Adhérent ou son conjoint a besoin de soin de coiffure, AXA Assistance organise le déplacement d'un coiffeur au Domicile.

ARTICLE 9. GARANTIES EN CAS DE DECES DE L'ADHERENT OU DU CONJOINT

9.1 AIDE -MENAGERE

A la demande du Bénéficiaire, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à Domicile.

Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

AXA Assistance prend en charge **10 heures maximum par évènement avec un minimum de 2 heures consécutives réparties sur une période maximale de 10 jours.**

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

Seul AXA Assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après bilan médical.

9.2 MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE FUNERAIRE

A la demande du Bénéficiaire, AXA Assistance recherche et communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les Proches ou Membre de la famille à organiser les obsèques. **Le coût de la prestation demeure à la charge de la famille.**

ARTICLE 10. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions spécifiques à chacune des garanties de la présente convention, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, tout dommage, accident, ainsi que leurs conséquences résultantes :

- ✗ toutes interventions et/ ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,
- ✗ les interruptions volontaires de grossesse,
- ✗ les 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 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- ✗ les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- ✗ les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- ✗ les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

Outre les exclusions précisées ci avant, sont également exclues toutes conséquences :

- ✗ résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- ✗ de dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
- ✗ de la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- ✗ de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- ✗ de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs

- ✗ essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- ✗ du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- ✗ d'effets nucléaires radioactifs ;
- ✗ des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire peut détenir ;
- ✗ de la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires.

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

- ✗ les frais non justifiés par des documents originaux ;
- ✗ les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;
- ✗ toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

ARTICLE 11. RESPONSABILITE

11.1 RESPONSABILITE D'AXA ASSISTANCE

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens. AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues ci-dessus.

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

11.2 EXONERATION DE RESPONSABILITE

Pour autant AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des prestations causés par un cas de Force majeure rendant impossible l'exécution des engagements contractuels.

11.3 SANCTIONS

Si une loi ou réglementation, applicable à AXA PARTNERS à la prise d'effet du présent Contrat ou devenant applicable à tout moment après la prise d'effet, prévoit que la couverture fournie aux Assurés au titre du présent Contrat est ou serait illicite parce qu'elle enfreint un embargo ou une sanction, AXA PARTNERS ne sera pas tenue de fournir aux Assurés cette couverture de quelque manière que ce soit, dans la mesure où cela enfreindrait cette loi ou réglementation.

ARTICLE 12. SUBROGATION DANS LES DROITS ET ACTIONS DE L'ASSURE

AXA Assistance est subrogée dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention et/ou son indemnisation, à concurrence des frais engagés et/ou des indemnités réglées en exécution du Contrat.

ARTICLE 13. PRISE D'EFFET ET DUREE DE LA COUVERTURE

Les garanties d'assistance sont acquises pendant toute la durée du présent Contrat à toute personne déclarée comme Bénéficiaire par le Souscripteur. Ceux-ci conservent la qualité de Bénéficiaire pendant la durée du Contrat conclu entre AXA France Vie et AXA Assistance.

ARTICLE 14. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Assurés sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA Assistance 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, AXA Assistance pourra :

- a) Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente Notice. En utilisant les services d'AXA Assistance, l'Assuré consent à ce qu'AXA Assistance utilise 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, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, 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 d'assistance et valider sa demande ; et
- f) Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance 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.

AXA Assistance 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, AXA Assistance met 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 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 au :

Délégué à la Protection des données
AXA Assistance
6, rue André Gide 92320 Châtillon
Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance solliciter 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 qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Assistance 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 Assistance (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 Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA Assistance 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 Assistance

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.

ARTICLE 15. PRESCRIPTION

La prescription est le délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise.

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance (Art. L 114-1 et L. 114-2 du Code).

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas suivants :

- désignation d'un expert après un sinistre,
- lettre recommandée avec avis de réception (au titre du paiement de votre cotisation* ou du règlement de l'indemnité),
- citation en justice (même en référé), commandement ou saisie.
- toute cause d'interruption de droit commun de la prescription, ainsi que stipulées ci-dessous. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances et les articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après :

Article 2240 du Code civil : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil : « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. »

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.»

Article 2242 du Code civil : « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.»

Article 2243 du Code civil : « L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Article 2244 du Code civil : « Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 du Code civil : « L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil : « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

Article L.114-3 du Code des assurances : Par ailleurs, la prescription est interrompue ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un

empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

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

ARTICLE 16. RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, le Souscripteur et/ou les Assurés s'adresse(nt) en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Souscripteur et/ou les Assurés peut/peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante :

AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle
6, rue André Gide
92320 Châtillon

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » : www.axa-assistance.fr/contact.

AXA Assistance 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, le Souscripteur et/ou les Assurés peut/peuvent 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. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant : www.mediation-assurance.org/medias/mediation-assurance/Charte_V2.pdf

ARTICLE 17. AUTORITE DE CONTROLE

Inter Partner Assistance (AXA Assistance) est soumise au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique sise Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique + TVA BE 0203.201.340 – RPM Bruxelles – (www.bnb.fr).

Sa succursale française est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 18. COMPETENCE JUDICIAIRE

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

ARTICLE 19. LANGUE

La langue utilisée pendant la durée du présent Contrat est la langue française.



CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION

ASSISTANCE « ANGEL » :

ASSISTANCE PERSONNEL DE SANTE - TELECONSULTATION MEDICALE

PREAMBULE

Les présentes conditions générales n°**7204689** détaillent les prestations souscrites par Pleyel Santé auprès d'AXA Assistance pour le compte des Bénéficiaires tels que définis ci-après. Elles précisent le contenu, les conditions et modalités d'accès et de mise en œuvre des prestations.

Ce contrat est souscrit par Pleyel Santé (ci-après « Souscripteur »), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le N°784 451 569 et dont le siège social est sis 187 Boulevard Anatole France SAINT-DENIS 93200.

Les prestations sont fournies par AXA ASSISTANCE FRANCE (ci-après désignée « AXA Assistance »), société anonyme de droit français au capital de 2 082 094 euros, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 311 338 339 et dont le siège est situé 6, rue André Gide 92320 à Châtillon.

En tant que Bénéficiaire, Vous bénéficiez gratuitement d'un accès à ces prestations.

1 DÉFINITIONS

Pour l'application des Conditions générales, les mots ou expressions commençant par une majuscule ont la signification qui suit :

Vous/Bénéficiaire : personne préalablement déclarée par le Souscripteur comme bénéficiaire des prestations d'AXA Assistance.

Données à caractère personnel : toute information permettant d'identifier directement ou indirectement une personne physique (notamment à l'aide d'un identificateur ou d'un ou plusieurs facteurs qui lui sont propres).

Équipe Angel : Médecin Généraliste ou Spécialiste, infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE), conseiller(e) en économie sociale et familiale, conseiller(e) en santé, psychologue et nutritionniste, et tout autre personnel médical ou paramédical.

Équipe Médicale : structure d'assistance médicale d'AXA Assistance auquel le Bénéficiaire a accès dans le cadre des présentes Conditions Générales.

Force Majeure : événement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du Contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, qui empêche l'exécution de son obligation par le débiteur.

Médecin : Médecin généraliste

Médecin spécialiste : Médecin, diplômé(e) d'Etat, spécialisé dans une branche de médecine (par ex : dermatologie, gynécologie, rhumatologie, ORL, gastro-entérologie) figurant dans la liste des spécialités consultable sur www.angel.fr.

Période contractuelle : période pendant laquelle le Contrat souscrit par le Souscripteur auprès d'AXA Assistance est en vigueur.

Proche bénéficiaire :

- **Conjoint** du Bénéficiaire, non divorcé ni séparé judiciairement.

Est assimilé au conjoint en l'absence de celui-ci, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, le concubin. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif du domicile commun, devra être fourni aux assureurs. Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

- **Ses enfants et ceux de son conjoint** qu'ils soient légitimes, reconnus, recueillis ou adoptifs qui répondent, en outre, aux conditions ci-dessous :

- Être mineurs ;
- Ou être majeurs et :
 - Être âgés de moins de 26 ans,
 - Être affiliés à la Sécurité sociale française,
 - Et suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance ;
- Ou quel que soit leur âge, percevoir l'une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.



D'autre part, être fiscalement à la charge du Bénéficiaire, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que le Bénéficiaire déduit fiscalement de son revenu global.

De plus, les enfants reconnus ou adoptés par le Bénéficiaire sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de son conjoint tel que définici-dessus.

Règlementation applicable en matière de protection des Données à caractère personnel : désigne toute législation et réglementation locale et européenne applicables au traitement réalisé en vertu du présent contrat en matière de protection et de confidentialité des Données personnelles. Cela comprend la législation et la réglementation européenne et notamment, le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 abrogeant la directive 95/46/EC et toute législation hors de l'Espace Économique Européen (EEE) applicable.

Souscripteur : Pleyel Santé

2 COMMENT ACCEDER AUX SERVICES ?

L'assistance « **Angel** » et les services de **Téléconsultation médicale** sont des offres multicanales, accessibles via :



3633 depuis la France (cout d'un appel local) ou

+33 1 55 92 27 54 depuis l'Etranger (coût d'un appel depuis la France ou l'étranger)



www.angel.fr

3 QUAND POUVEZ-VOUS BENEFCIER DES SERVICES ?

4 LES SERVICES ACCESSIBLES

4.1 ASSISTANCE PERSONNEL DE SANTE

L'Equipe Angel répond à toutes vos questions de santé ou sociale depuis la France ou à l'étranger, qu'elles **concernent vous-même ou votre entourage** (famille, amis, etc.) avec ou sans lien de parenté :

- Réponses à vos questions d'ordre social et administratif.

- Réponses à vos questions d'ordre psychologique.
- Réponses à vos questions portant sur la nutrition.

En tant que Bénéficiaire du service Angel, **Vous êtes le seul habilité à pouvoir poser une question sur votre espace Angel.**

Le service Angel est accessible 24/7 pour vous permettre de poser vos questions à tout moment. Une réponse vous sera apportée par l'Equipe Angel du lundi au samedi de 9h00 à 19h00.

L'intervention de l'Équipe Angel se limite à fournir une information objective sans que l'objet de ce service ne soit de favoriser une automédication.

Sont exclus du service Angel :

- × **Les diagnostics d'ordre médical et personnel**
- × **Les questions administratives relatives aux contrats de santé (remboursement et devis)**

4.2 Téléconsultation médicale

4.2.1 La téléconsultation médicale

La Téléconsultation médicale est une prestation de télémedecine organisée par AXA Assistance conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine.

La plateforme de Téléconsultation est accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, Vous pouvez solliciter une téléconsultation médicale immédiate ou sur rendez-vous de 8h à 18H.

Cette prestation Vous permet de bénéficier, en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, d'une consultation médicale à distance dispensée par l'Equipe médicale d'AXA Assistance.

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

A l'issue de la Téléconsultation, l'Equipe médicale d'AXA Assistance Vous apporte une réponse médicale adaptée à votre situation pathologique. Cette réponse pourra s'effectuer sous forme :

- De conseils au Bénéficiaire ;
- D'orientation vers son médecin traitant ;
- D'orientation vers un des spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins :
 - Un gynécologue ;
 - Un ophtalmologue ;
 - Un psychiatre ou un neuropsychiatre si le Bénéficiaire a entre 16 et 25 ans ;
 - Un stomatologue ;



- D'une prescription écrite médicamenteuse ;
- De mise en relation avec des médecins spécialistes ;
- De mise en relation avec des professionnels de santé (diététiciens et psychologues) ;
- De livraison de médicaments ;
- De prise de rendez-vous pour une consultation physique ;
- D'une prescription écrite d'exams complémentaires.

L'Équipe médicale d'AXA Assistance est seule décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation.

Cette prestation n'a pas vocation à se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence.

Dans le cas où l'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, Vous serez réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

A la suite de 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.

Dans certain cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, l'Équipe médicale d'AXA Assistance Vous orientera vers votre médecin traitant.

Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle du Bénéficiaire, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

N'entrent pas dans le champ de la prestation de Téléconsultation :

- × **Les situations médicales relevant des services et organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ;**
- × **Les demandes de prescription pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques ;**
- × **Les prescriptions d'arrêt de travail ;**
- × **Les certificats médicaux.**

4.2.2 Prise de rendez-vous pour une consultation physique

A l'issue de la téléconsultation médicale, l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut organiser un rendez-vous pour une consultation physique, avec l'un des médecins suivants :

- Médecin traitant du Bénéficiaire ;

- Médecin spécialiste en accès direct ;
- Médecin généraliste en cas d'indisponibilité du médecin traitant (Ex : éloignement géographique temporaire du patient) ;
- De toute spécialité pour un patient âgé moins de 16 ans.

4.2.3 Prestations annexes

• Orientation

L'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut Vous aider à exercer votre libre choix en matière médicale en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

• Télé conseil médecins spécialistes

L'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut Vous mettre en relation avec des Médecins spécialistes partenaires et prendre en charge cette consultation pour Vous proposer un conseil médical à distance (par téléphone et sur rendez-vous uniquement) et Vous prescrire une éventuelle ordonnance médicale.

Cette prestation est accessible uniquement sur acceptation du Bénéficiaire.

• Télé conseil bien-être

L'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut Vous mettre en relation avec des professionnels de santé et prendre en charge une consultation avec un diététicien. Cette prestation est accessible uniquement sur acceptation du Bénéficiaire.

4.3 Soutien psychologique

L'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut Vous mettre en relation avec un psychologue clinicien partenaire et prendre en charge **maximum 4 (quatre) consultations avec ce psychologue**. Cette prestation est accessible uniquement sur acceptation du Bénéficiaire.

4.4 Autre prestation d'assistance

4.4.1 Livraison de médicaments

L'Équipe Médicale d'AXA Assistance organise et prend en charge la livraison des médicaments prescrits dans le cadre d'une Téléconsultation médicale délivrée par AXA Assistance auprès du Bénéficiaire.

Cette prestation est accessible uniquement pour des médicaments prescrits par une ordonnance délivrée lors d'une Téléconsultation médicale.

Dans la limite de sa disponibilité géographique, cette prestation est accessible de 8h30 à 18h en semaine, sous réserve de disponibilité les soirs et week-end.



5 RESPONSABILITE

5.1 Responsabilité d'AXA Assistance

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

En outre, AXA Assistance ne saurait être tenue responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- **De défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;**
- **D'un cas de Force majeure ou du fait d'un tiers ;**
- **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.**

5.2 Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de l'appel ou du chat pour permettre à AXA Assistance d'assurer ses engagements dans de bonnes conditions.

6 RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de réclamation les Bénéficiaires peuvent s'adresser, **sous pli confidentiel**, à :

AXA ASSISTANCE
Direction Médicale
6, rue André Gide
92320 Châtillon

AXA Assistance 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.

Si le désaccord persiste pour un dossier de Téléconsultation, le Bénéficiaire 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. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté au Bénéficiaire pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la Charte est de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

7 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

AXA Assistance n'est pas responsable des traitements des données transmises directement par le Bénéficiaire aux médecins ou psychologues consultés en dehors du chat Angel et de la Téléconsultation médicale. Ces traitements sont de la responsabilité du Médecin ou psychologue consulté.

Conformément aux dispositions sur la Réglementation applicable en matière de protection des Données à caractère personnel, et conformément à la politique de protection des données à caractère personnel publiée sur le site internet d'AXA Assistance, AXA Assistance informe chaque Bénéficiaire en sa qualité de responsable du traitement des données collectées par l'Equipe médicale lors du chat via Angel ou de la téléconsultation médicale que :

- La base légale du traitement est l'exécution du contrat du Bénéficiaire (Cf. article 6.1 du Règlement européen sur la protection des données) et votre consentement pour les données médicales (Cf. Article 9.2.a du Règlement européen sur la protection des données).
- Les réponses aux questions qui sont posées au Bénéficiaire lors de son échange par chat ou par téléphone avec l'Equipe Angel ou l'équipe Médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de sa demande.
- Les destinataires des Données personnelles sont les membres de l'Equipe Angel, l'Equipe Médicale pour la Téléconsultation, les pharmacies, l'hébergeur de données de santé certifié d'AXA Assistance et avec son accord le médecin traitant du Bénéficiaire ;
- Les données enregistrées sur le Bénéficiaire sont :
 - Données d'identification des personnes (non, prénom, adresse, date et lieu de naissance, sexe, numéro de téléphone, email)



- Localisation de la personne
 - Les données de santé (pathologie, antécédents familiaux, soins, comportement à risque, ...)
- Les données sont conservées pendant 5 ans pour les services Angel et 20 ans pour la Téléconsultation ;
- Le Bénéficiaire peut accéder aux données le concernant. Il dispose également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification, d'un droit de portabilité, d'un droit à la limitation et à l'effacement de ses données dans les conditions prévues par la Règlementation applicable en matière de protection des Données à caractère personnel.
- Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de ses données dans ce dispositif, le Bénéficiaire peut contacter le délégué à la protection des données (DPO) :
- Par voie électronique : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

- Contacter le DPO par courrier postal :
AXA ASSISTANCE
Délégué à la Protection des données
6, rue André Gide – 92320 Châtillon

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

8 LANGUE, LOI APPLICABLE ET RÈGLEMENT DES LITIGES

L'interprétation et l'exécution du contrat sont soumises au droit français. La langue du Contrat et des échanges entre les parties en exécution du Contrat est le français.

Tous les litiges auxquels les présentes Conditions générales pourraient donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites et qui n'aura pas pu faire l'objet d'un accord amiable, ou le cas échéant, d'un règlement par le médiateur seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.