



Santé

Notice d'information Complémentaire santé

Convention n° 806020



Janvier 2023

La Notice a pour but de vous informer des termes de la Convention d'assurance n° 806020 conclue entre nous, sociétés d'assurance du groupe AXA, et l'association UGIPS.

La présente Notice prend effet le 1^{er} janvier 2023.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- **La Convention d'assurance n° 806020** est un contrat collectif à adhésion facultative couvrant des risques de santé, elle sera le plus souvent désignée par la Convention d'assurance.
- **Les assureurs** sont les sociétés d'assurance qui garantissent les risques souscrits ; ils seront le plus souvent désignés par **nous**.
- **Le souscripteur** est l'association Union Générale Interprofessionnelle de Prévoyance Sociale de loi 1901 ci-après dénommée UGIPS qui a conclu la Convention d'assurance pour le compte de ses adhérents ; il sera le plus souvent désigné par le **souscripteur**.
- **L'adhérent** à la Convention d'assurance est la personne qui :
 - S'engage par la signature du Bulletin d'adhésion,
 - Choisit les garanties,
 - Désigne le ou les bénéficiaires des prestations,
 - Paye les cotisations.

Son adhésion est composée :

- De la présente Notice d'information qui définit le fonctionnement de la Convention d'assurance et des garanties,
- Du Certificat d'adhésion qui précise l'identité des personnes assurées et les garanties.

L'adhérent sera le plus souvent désigné par **vous**.

- **Les bénéficiaires** sont vous-même et le cas échéant les ayants droit de l'assuré décédé définis à l'article « Bénéficiaires de la garantie ».

SOMMAIRE

Chapitre	Article	Page
1.	DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION D'ASSURANCE	2
1.1	Objet de la Convention d'assurance	2
1.2	Effet et durée de la Convention d'assurance	2
1.3	Information	2
1.4	Renonciation	3
1.5	Modification de la Convention d'assurance	3
1.6	Réclamations	4
1.7	Prescription	4
1.8	Les informations sur l'utilisation des données personnelles	6
1.9	Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	7
1.10	Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale	7
2.	VOTRE ADHÉSION	8
2.1	Groupe assurable	8
2.2	Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties	9
2.3	Cotisations	11
3.	VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	13
3.1	Bénéficiaires de la garantie	13
3.2	Choix et modification du niveau de garantie	13
3.3	Vos remboursements de frais de santé	13
3.4	Montants des garanties	15

1. DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION D'ASSURANCE

1.1 Objet de la Convention d'assurance

L'Union Générale Interprofessionnelle de Prévoyance Sociale « L'UGIPS », association loi 1901 dont le siège est à Paris (75010), 5, place du Colonel Fabien a conclu une Convention d'assurance de groupe à adhésion facultative, avec les sociétés d'assurance suivante du groupe AXA :

- AXA France Vie, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313 Terrasses de l'Arche, pour garantir, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d'adhésion (article « Groupe assurable »), le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Vos garanties frais de santé »,

Elle est régie par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Elle est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », défini aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100 % santé », instituée par la loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

1.2 Effet et durée de la Convention d'assurance

La Convention d'assurance signée entre l'UGIPS et l'assureur est conclue à effet du 1^{er} janvier 2020. Elle est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 et se reconduit par accord tacite au 1^{er} janvier de chaque année.

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

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

1.3 Information

Le souscripteur s'engage à vous remettre un exemplaire de la Notice précisant les modalités d'application de la garantie et à vous informer par tout moyen à sa convenance des modifications contractuelles.

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

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Dispositions relatives à la Convention d'assurance

1.4 Renonciation

Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du Bulletin d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement, pour renoncer à cette adhésion.

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

Service Association - TSA 10800 - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex

Par exemple, selon modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom et prénom) né(e) le
..... demeurant
déclare irrévocablement renoncer à mon adhésion à la Convention d'assurance n° 806020 pour laquelle j'ai effectué un premier versement depuis moins de 14 jours.
À le
Signature »

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

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

1.5 Modification de la Convention d'assurance

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de la Convention à laquelle vous avez adhéré. En particulier, la Convention sera automatiquement révisée en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

La Convention peut également être modifiée d'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1^{er} janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par l'association UGIPS dans un délai de trois mois minimum avant son entrée en vigueur, conformément à l'article L141-4 du Code des assurances.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate. Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les deux mois suivant leur notification.

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Dispositions relatives à la Convention d'assurance

1.6 Réclamations

En cas de réclamation :

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser :

A votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations :

- via le formulaire de contact sur axa.fr ou en ligne depuis votre **Espace Client AXA**
- ou par courrier, à l'adresse suivante :
AXA France - Service Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- et, en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par **voie électronique** sur le site mediation-assurance.org
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.**

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

1.7 Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Dispositions relatives à la Convention d'assurance

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'assuré.

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (article 2240 du Code civil) ;
- la demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code civil) ;
- l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Dispositions relatives à la Convention d'assurance

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

1.8 Les informations sur l'utilisation des données personnelles

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

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

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR).

Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

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

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

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

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Dispositions relatives à la Convention d'assurance

1.9 Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre des mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, nous tenons à préciser que :

En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui vous sont relatifs ainsi que ceux concernant les assurés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré.

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

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

1.10 Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

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

2. VOTRE ADHÉSION

2.1 Groupe assurable

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

- Être adhérent de l'association UGIPS, et vous acquitter de la cotisation associative prévue par les statuts de l'association,
- Avoir le statut soit :
 - **Catégorie 1** : de salarié, lorsque le contrat de frais de santé collectif souscrit auprès d'AXA France Vie est résilié et qu'il n'est pas remplacé.
La demande d'admission doit être faite dans les SIX MOIS qui suivent la résiliation de ce contrat.
 - **Catégorie 2** : d'ancien salarié d'un contrat de frais de santé collectif souscrit auprès d'AXA France Vie devenu :
 - Invalide et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale,
 - Licencié bénéficiant d'un revenu de remplacement,
 - Préretraité ou retraité.La demande d'admission doit être faite dans les SIX MOIS qui suivent la rupture du contrat de travail ou la date de fin de portabilité au titre de l'Accord National Interprofessionnel (A.N.I) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail ou de la Loi de Sécurisation de l'Emploi du 14 juin 2013, le cas échéant.
 - **Catégorie 3** : de personne garantie, au titre d'un contrat frais de santé collectif souscrit auprès d'AXA France Vie, du chef de l'assuré décédé depuis moins de SIX MOIS au jour de la demande d'admission.
- Être affilié à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale française suivant :
 - Régime général de la Sécurité sociale et les régimes assimilés,
 - Régime Alsace-Moselle,
 - Régime des salariés agricoles et des exploitants agricoles.

2.1.1 Formalités préalables

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

- La demande d'adhésion, que nous vous avons fournie, dûment complétée et signée,
- Un mandat de prélèvement SEPA,
- Un RIB (Relevé d'Identité Bancaire) ou RICE (Relevé d'Identité Caisse d'Épargne),
- Votre attestation d'assuré social et celle de vos bénéficiaires,
- Une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur le Bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de moins de 3 mois),

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Dispositions relatives à votre adhésion

- Une copie de la Notice ainsi qu'une attestation de l'employeur précisant la cotisation en vigueur au jour :
 - Pour les statuts de la catégorie 1 et 2 définis ci-dessus : de la résiliation du contrat de frais de santé collectif souscrit auprès d'AXA France Vie non remplacé, du départ à la retraite (ou préretraite) ou du licenciement de l'assuré à la date de fin de portabilité au titre de l'A.N.I ou de la Loi de Sécurisation de l'emploi (du 14 juin 2013) le cas échéant,
 - Pour le statut de catégorie 3 défini ci-dessus : du décès de l'assuré.

2.2 Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties

2.2.1 Date d'effet de votre adhésion

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

La date d'admission est fixée, sans délai de carence ni formalités médicales, au lendemain de la demande.

Votre adhésion est renouvelable chaque année à son échéance principale par tacite reconduction.

2.2.2 Début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion.

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

2.2.3 Fin de vos garanties

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

- Au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assurable,
- Au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, suivant les modalités prévues à l'article « Fin de l'adhésion »,
- En cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « Cotisations ».

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Dispositions relatives à votre adhésion

2.2.4 Fin de l'adhésion

À votre initiative

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- À chaque échéance annuelle, en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de deux mois. La date d'expédition de votre notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- Si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire d'entreprise sous réserve de nous en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance.
- À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas la résiliation prend effet à la date que vous souhaitez et au plus tôt un mois après la réception de votre notification de résiliation.

Dans ces trois hypothèses, votre demande de résiliation doit nous être notifiée, conformément à l'article L 113-14 du Code des assurances :

- Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale dédiée mise à votre disposition sur notre site internet axa.fr de manière à accélérer la prise en compte de votre demande, à défaut, à l'adresse de notre siège social.
- Par voie électronique selon les modalités précisées sur votre espace client ou sur notre site internet axa.fr, que vous ayez ou non procédé à une souscription électronique, ou choisi ultérieurement la relation électronique pour l'exécution de votre contrat.

À réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Vous n'êtes redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop perçu, le solde éventuel vous sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues contractuellement.

Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

À notre initiative

Nous pouvons mettre fin à votre adhésion dans les cas suivants :

- En cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « Cotisations » ;
- Si vous ne remplissez plus les conditions d'admission à l'adhésion.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Dispositions relatives à votre adhésion

2.3 Cotisations

2.3.1 Montant des cotisations

Conformément à l'article 4 de la Loi Évin et de ses décrets d'application (notamment le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques) votre cotisation suit les évolutions suivantes :

- La 1^{ère} année d'adhésion : votre cotisation est identique à celle des salariés actifs (part patronale et part salariale),
- La 2^{ème} année d'adhésion : votre cotisation est majorée de 25% afin d'atteindre la palier 125% de la cotisation initiale,
- La 3^{ème} année d'adhésion : votre cotisation est majorée de 20% afin d'atteindre le palier final de 150% de la cotisation initiale.

Ceci s'entend au jour :

- De la cessation du contrat de frais de santé collective souscrit auprès d'AXA France Vie non remplacé ou de la fin de portabilité du dispositif A.N.I ou au titre de la Loi de Sécurisation de l'Emploi du 14 juin 2013 le cas échéant (statut de catégorie 1),
- Du départ à la retraite (ou préretraite) ou du licenciement (statut de catégorie 2),
- Du décès de l'assuré (statut de catégorie 3).

Votre cotisation sera indiquée sur votre Certificat d'adhésion.

Le montant de la cotisation due pour vous et pour chaque bénéficiaire de la garantie est fixé annuellement et est exprimé en euros.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la Convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

La première année, la cotisation est appliquée au prorata temporis entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'exercice.

2.3.2 Indexation annuelle des cotisations

Dès la quatrième année d'adhésion nous mettons en place une indexation annuelle de votre cotisation à compter du 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation majore votre taux de cotisation de l'évolution de la Consommation des Services et Biens Médicaux (CSBM).

L'évolution de la consommation de services et biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la CSBM tels que recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Dispositions relatives à votre adhésion

2.3.3 Révision des cotisations

Dès la quatrième année les cotisations peuvent être révisées annuellement en fonction des résultats techniques de la Convention d'assurance. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance mensuelle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

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

2.3.4 Règlement des cotisations

La cotisation est perçue d'avance par acomptes mensuels par prélèvement automatique.

2.3.5 Défaut de paiement des cotisations

Le paiement de vos cotisations doit être effectué dans les dix jours suivant leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

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

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

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

3. VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement des prestations définies au Certificat d'adhésion et dans la présente Notice. Ces prestations s'ajoutent aux remboursements du Régime Obligatoire et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés. La garantie prévoit également la mise en œuvre des services complémentaires lorsque ceux-ci sont souscrits.

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

3.1 Bénéficiaires de la garantie

En tant qu'adhérent, vous êtes bénéficiaire de la garantie.

Le cas échéant, les ayants droit bénéficiaires de la garantie sont les personnes garanties du chef de l'assuré décédé au jour du décès.

3.2 Choix et modification du niveau de garantie

Toute modification de garantie est exclue.

3.3 Vos remboursements de frais de santé

3.3.1 Contrat « responsable »

La présente Convention est émise dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100 % santé », instituée par la loi 2018-1203 du 22 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

Elle prend en charge :

- L'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cures thermales, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- L'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médicaux sociaux ni les frais de cure thermale,
- L'intégralité des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Votre garantie Frais de Santé

- L'intégralité des verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).
- Les verres et monture de classe B à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.
- À effet du 1^{er} janvier 2021, l'intégralité des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).
- À effet du 1^{er} janvier 2021, les aides auditives de classe 2 à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.

Elle ne prend pas en charge :

- Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 au-delà de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- La majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).
- Les dépassements des Prix Limite de Vente (PLV) des soins dentaires prothétiques à prise en charge renforcée ou à tarifs limités, les verres et monture de classe A et les aides auditives de classe 1 lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

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

En outre, la présente Convention :

- Permet aux assurés de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent,
- Reprend l'ensemble des libellés normés et les exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

3.3.2 Frais que nous prenons en charge

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Votre garantie Frais de Santé

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

Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de votre Régime Obligatoire peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans votre tableau de garanties.

Cas particuliers des soins à l'étranger

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

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

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

Nous ne prenons pas en charge :

- Les soins antérieurs à la date d'effet de l'adhésion,
- Les soins antérieurs de 2 ans à la date de leur présentation,
- Les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale,
- Les séjours et frais relatifs :
 - Aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques,
 - Aux établissements ou unités de longs séjours,
 - Aux établissements ou unités pour personnes âgées.

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

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

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

3.4 Montants des garanties

Les garanties de frais de santé, les services de devis et services complémentaires ainsi que les documents nécessaires au règlement des prestations sont ceux de la Notice du contrat de frais de santé collectif souscrit auprès d'AXA France Vie à votre profit en vigueur :

- À la date de cessation dudit contrat ou de la fin de la portabilité du dispositif A.N.I ou au titre de la Loi de Sécurisation de l'Emploi du 14 juin 2013 le cas échéant (statut de catégorie 1),
- À la date de votre départ à la retraite (ou préretraite) ou de votre licenciement (statut de catégorie 2),
- À la date du décès du salarié (statut de catégorie 3).

Votre interlocuteur AXA



Votre Espace Client **Mon AXA**

Retrouvez l'ensemble de vos services
en ligne sur **Mon AXA** via axa.fr

