

Bulletin Individuel d'Adhésion

► Santé Entreprise

CBT AIAC SUD OUEST
14 RUE DE CLICHY
75009 PARIS
05 59 23 14 27

Projet N° 2015-320-0183

A compléter par l'employeur

Raison sociale de l'entreprise : COMITE REGIONAL OU DEPARTEMENTAL- SPORTS N° du Contrat socle : _____

Catégorie de personnel concernée : Ensemble des salariés et des assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité sociale Date d'effet :
L 311-3 du code de la Sécurité sociale

Date d'entrée dans l'entreprise ou le collège : Date d'adhésion du salarié au contrat :

A compléter par l'adhérent

Nom (majuscules) M Mme Mlle Prénom :

Nom de jeune fille : N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : Date de naissance :

Code Postal : Ville :

Situation de l'adhérent : Marié Célibataire, veuf, divorcé PACS ou concubinage

J'exerce ou ai exercé depuis moins d'un an pour le compte d'un autre Etat des fonctions publiques, juridictionnelles ou administratives

(parlementaire, ambassadeur, consul, membre de direction d'une entreprise publique ...) : Oui Non

Une personne de ma famille ou de mon entourage (membre direct de ma famille ou personne étroitement associée) exerce ou a exercé depuis moins d'un an pour le compte d'un autre Etat des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives. : Oui Non

Document à joindre obligatoirement par l'adhérent :

- une photocopie de votre attestation d'assurance maladie en cours de validité délivrée avec votre carte vitale par la sécurité sociale
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne

A compléter par l'adhérent : les bénéficiaires

MEMBRES DE LA FAMILLE BENEFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTE

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale utilisé pour les remboursements	Autre régime complémentaire santé ?	
				Oui	Non
Le conjoint, concubin(e) ou Partenaire PACS			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les enfants à charge			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Document à joindre obligatoirement pour chacun des bénéficiaires :

- une photocopie de l'attestation d'assurance maladie en cours de validité délivrée avec la carte vitale où figurent les bénéficiaires désignés ci-dessus et,
- pour les concubins, un justificatif de domicile commun ; pour les PACS, une copie du Pacte Civil de solidarité,
- pour les enfants majeurs les documents justifiants de leur situation : étudiants, photocopie attestation Sécurité sociale des étudiants ; formation alternance, photocopie du contrat de travail,
- pour les enfants handicapés, une copie de leur carte d'invalidité civile et un justificatif de versement de l'allocation pour adulte handicapé.

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 Janvier 1978, je reconnais être informé par l'assureur en sa qualité de responsable de traitement que :

- les réponses aux questions que me sont posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à mon égard peuvent être la nullité du contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances)

- la finalité du traitement est la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance mais que mes données pourront également être utilisées dans la mesure où elles seraient nécessaires à la gestion ou à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'assureur ou auprès d'autres sociétés du Groupe auquel il appartient.

- les destinataires des données me concernant sont principalement les collaborateurs de l'assureur mais aussi ses intermédiaires, réassureurs et organismes professionnels habilités.

- en sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.

- en sa qualité d'assureur, il est fondé à utiliser mon numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques pour la gestion des risques d'assurance complémentaire santé, retraite supplémentaire, responsabilité civile et pour la gestion des rentes et ce, conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 23 Janvier 2014.

- mes données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance que la CNIL a autorisé l'assureur à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

- en sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 Janvier 2014.

- mes données personnelles pourront également être utilisées par l'assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services

- les données à caractère personnel me concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.

Des garanties sont prises par Axa pour assurer un bon niveau de protection de ces données.

En me rendant sur le site Axa.fr à la rubrique « données personnelles », je trouverai plus de détails sur : la finalité de ces accessibilités aux données, les pays de localisation des destinataires et sur les garanties de sécurité prises.

Je peux également demander une communication de ces renseignements par voie postale en m'adressant à « Axa – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex ».

Pour exercer mon droit d'accès et de rectification sur l'ensemble des données me concernant, je peux écrire à « Axa – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex ».

Par ailleurs, j'autorise l'assureur responsable du traitement de souscription, gestion et exécution du contrat d'assurance, à collecter et à traiter les données de santé me concernant.

Je reconnais être informé(e) que les données recueillies par l'assureur lors de l'adhésion et des actes de gestion peuvent être utilisées par les entités du Groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre

Fait à Le

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise

Santé Entreprise

N° 2015-320-0183

► **Pour l'entreprise**

**COMITE REGIONAL ou DEPARTEMENTAL
SPORTS**

Adresse :

Code NAF : 913E

Groupe Assuré : Ensemble des salariés et des assimilés salariés
au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité sociale

Votre conseiller :

CBT AIAC SUD OUEST

Courtier

14 RUE DE CLICHY

75009 PARIS

Tél : 05 59 23 14 27

Fax : 05 59 23 15 67

Intermédiaire enregistré sous le n° 09 051 522
au registre des intermédiaires d'assurance

**Bon pour accord pour établir le
contrat sur la base de ce projet**

Date :

Signature :

Cachet :

Tableau des garanties

Nature des prestations	Garanties Socle Obligatoire Responsable
<p style="text-align: center;">Remboursements en plus de ceux de la sécurité sociale, et dans la limite des frais réels</p> <p>Médecine</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultation médecin généraliste adhérent au CAS ■ Consultation médecin généraliste non adhérent au CAS ■ Consultation médecin spécialiste adhérent au CAS ■ Consultation médecin spécialiste non adhérent au CAS ■ Visite médecin adhérent au CAS ■ Visite médecin non adhérent au CAS ■ Actes techniques médicaux et chirurgicaux pratiqués par un médecin adhérent au CAS ■ Actes techniques médicaux et chirurgicaux pratiqués par un médecin non adhérent au CAS ■ Actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par un médecin adhérent au CAS ■ Actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par un médecin non adhérent au CAS ■ Téléconsultation ■ Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes) ■ Analyses biologiques ■ Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture, Etiopathie ou Psychomotricité (1) 	<p style="text-align: right;">150 % BR-MR 130 % BR-MR 150 % BR-MR 130 % BR-MR 150 % BR-MR 100 % BR-MR 150 % BR-MR 130 % BR-MR 150 % BR-MR 120 % BR-MR Cf. annexe 120 % BR-MR 120 % BR-MR 0,5 % PMSS</p>
<p>La prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vaccins non remboursés (par an) et par bénéficiaire ■ Une consultation diététique pour enfant de moins de 12 ans ■ Le dépistage hépatite B ■ Un détartrage sus et sous gingival effectué en 2 séances maximum ■ Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans 	<p style="text-align: right;">6 % PMSS 1,25 % PMSS 120 % BR-MR 200 % BR-MR 120 % BR-MR</p>
<p>Frais de transport</p>	<p style="text-align: right;">100 % BR-MR</p>
<p>Pharmacie</p>	<p style="text-align: right;">100 % TM</p>
<p>Le dentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultation, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie ■ Inlays onlays d'obturation ■ Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), pris en charge par la Sécurité sociale ■ Orthodontie remboursée (moins de 16 ans) ■ Parodontologie (curetage, greffes, lambeaux) par an ■ Les implants dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> ■ Pose de l'implant (phase opératoire) (2) ■ Faux moignon implantaire (2) ■ Couronne sur implant (2) ■ Les piliers de bridge sur dent saine (max 3 par an et par bénéficiaire) 	<p style="text-align: right;">200 % BR-MR 200 % BR-MR 200 % BR-MR 200 % BR-MR 6 % PMSS 10 % PMSS 3 % PMSS 8 % PMSS 8 % PMSS</p>
<p>L'optique (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Equipement avec verres simples (4) ■ Equipement avec verres complexes (5) ■ Equipement enfant avec verres très complexes (6) ■ Equipement adulte avec verres très complexes (6) ■ Le montant de la monture est plafonné à ■ Les implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte ■ Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire ■ L'opération de la myopie (hypermétropie) laser (par œil) <p>Chez les opticiens partenaires, dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge</p>	<p style="text-align: right;">280 euros 410 euros 410 euros 500 euros 150 euros 500 euros 5 % PMSS 15 % PMSS</p>
<p>L'auditif</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prothèses auditives (par oreille) limité à une paire tous les 4 ans 	<p style="text-align: right;">200 % BR (7)</p>
<p>Les appareillages et prothèses diverses autres</p>	<p style="text-align: right;">200 % BR</p>
<p>L'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les frais de séjour en hospitalisation médicale ■ Les frais de séjour en hospitalisation chirurgicale ■ Les honoraires des médecins adhérents au CAS ■ Les honoraires des médecins non adhérents au CAS ■ Le forfait journalier ■ La chambre particulière (par jour) ■ Le lit d'accompagnant enfant moins de 16 ans (/ jour) 	<p style="text-align: right;">130 % BR-MR 130 % BR-MR 150 % BR-MR 130 % BR-MR 100 % du forfait 1 % PMSS 1 % PMSS</p>
<p>Les cures thermales frais médicaux, de séjour et de transport</p>	<p style="text-align: right;">5 % PMSS (8)</p>
<p>La maternité</p>	

Remboursements en plus de ceux de la sécurité sociale, et dans la limite des frais réels	Garanties Socle Obligatoire Responsable
<ul style="list-style-type: none"> ■ Un forfait pour couvrir les frais d'accouchement et les 5 premiers jours d'hospitalisation. Prestation doublée si naissances multiples. Au-delà du 5^e jour, les frais sont pris en charge au titre de l'hospitalisation 	10 % PMSS

(1) Chiropraxie, Ostéopathie, Acupuncture, Etiopathie ou Psychomotricité non remboursée, maximum 4 séances par an et par bénéficiaire

(2) Dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire

(3) Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe

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

(4) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

(5) Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verre multifocal ou progressif

(6) Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

(7) minimum 100 % du ticket modérateur, même lorsque la limitation à une paire tous les 4 ans s'applique

(8) Plafonnement de la garantie des médecins non adhérents au CAS à TM + 100 % BR. Par dérogation, cette garantie est portée à TM + 125 % BR jusqu'au 31 décembre 2016

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité Sociale.(3 218 € estimé pour 2016)

FR-SS : Frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

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

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

CAS : contrat d'accès aux soins

24/7, en toute confidentialité et partout dans le monde

Sur un simple appel téléphonique, les assurés bénéficient d'une téléconsultation avec un médecin

UNE REPONSE A LA DIFFICULTE D'ACCES AUX SOINS

Dans un contexte où trouver un médecin la nuit et le week-end est de plus en plus difficile, selon le Rapport 2014 du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur la permanence de soins, et dans le cadre de déserts médicaux de plus en plus marqués, permettre un accès à un médecin devient une priorité.

UNE OFFRE SIMPLE ET INNOVANTE

- Par téléphone
- 24h/24, 7j/7
- En France, partout dans le monde
- Si le médecin le juge nécessaire, une ordonnance peut être transmise au pharmacien choisi par le patient et avec son accord, partout en Europe.

UN SERVICE SECURISE

La Téléconsultation médicale AXA, c'est :

- Une consultation médicale par téléphone assurée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins.
- Une orientation vers un service d'urgence si une situation d'urgence est détectée.
- Un entretien protégé par le secret médical, y compris vis-à-vis de l'employeur.
- Avec l'accord du patient, l'envoi d'un compte rendu à son médecin traitant, qui reste au centre du parcours de soin.
- Les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé.

DANS QUELS CAS PEUT-ON CONTACTER CE SERVICE ?

Si le salarié n'arrive pas à joindre son médecin traitant, matin, midi ou soir, depuis son domicile ou de son lieu de travail, en déplacement ou en vacances...

Sur simple appel, le service Téléconsultation médicale aide le salarié à faire le point sur sa situation et lui apporte les réponses adaptées.

La Téléconsultation médicale AXA n'est pas une réponse à tous les problèmes médicaux. Elle ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

Taux de cotisation

Socle

Obligatoire Responsable

- par adhérent sans ayants droit	1,50 %
- par adhérent avec ayants droit	3,57 %

En % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur pour l'année d'assurance

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels votre contrat est ou sera assujéti, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

Cette cotisation inclut le tiers payant pour les dépenses de pharmacie, de radiologie, de laboratoires d'analyses, d'auxiliaires médicaux, de soins externes en hôpital public et des centres de santé.

L'indexation des cotisations

Le taux de cotisation est majoré dans le rapport de l'évolution de la consommation de services et biens médicaux (CSBM) et de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale :

- L'évolution de la consommation de services et biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de services et biens médicaux recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.
- L'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale retenue est celle constatée entre les deux exercices précédant la date de majoration de votre taux de cotisation.

La majoration du taux de cotisation tient compte également des résultats techniques de votre périmètre de mutualisation et de tout élément de nature à modifier le risque assuré (démographie, dérive des prestations, évolution de la réglementation ou des remboursements des régimes obligatoires, etc.).

La détermination du taux de cotisation

Les taux de cotisation fixés ci-dessus sont valables pour une date d'effet fixée au 1 janvier 2016.

Ils sont susceptibles d'être modifiés en fonction de l'évolution de la réglementation lorsqu'elle modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements.

La validité du projet

Le présent projet est émis pour une période expirant le 31 décembre 2015. Au-delà de cette date et compte tenu des évolutions possibles des risques, les conditions de tarification et de garanties seront revues. Ceci est un projet n'ayant pas de valeur contractuelle.

Plafond Annuel de la Sécurité Sociale 38 616 euros estimé pour l'année 2016.

Les modalités de mise en place du contrat socle Santé Entreprise

▪ Quelles sont les conditions d'admission des salariés ?

L'adhésion est obligatoire pour tous vos salariés lorsqu'ils répondent à l'ensemble des conditions suivantes :

- appartenir à la catégorie de collaborateurs assurés,
- être affiliés à un régime obligatoire de la Sécurité sociale,
- bénéficier d'un contrat de travail en vigueur. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, maternité ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur bénéficient des garanties du présent contrat. Pour les autres cas de suspension du contrat de travail, vous pouvez nous demander l'application des garanties. Après notre accord, cette extension fera l'objet d'un avenant à votre contrat.

Cependant, peuvent ne pas adhérer les salariés présents à la date de mise en place du régime, si cette mise en place est effectuée par décision unilatérale et avec une contribution salariale ; c'est alors à vous de conserver la preuve du refus d'adhérer du salarié,

Enfin, vous pouvez prévoir, selon les dispositions légales, la possibilité de ne pas adhérer pour les salariés suivants :

- Salariés à temps partiel, apprentis ou CDD,
- Salariés déjà couverts par une complémentaire santé : CMU-C, ACS, contrat individuel ou collectif

Pour être applicables, ces dispenses doivent être intégrées dans votre dispositif juridique (DUE, accord d'entreprise ou référendum).

▪ Quelles sont les pièces nécessaires à l'émission du contrat ?

- La liste nominative de la totalité des collaborateurs du groupe à assurer et de leurs ayants droit bénéficiant de la garantie frais de santé.
- Pour chaque adhérent, un bulletin individuel d'adhésion accompagné de la photocopie de l'attestation d'assurance maladie reçue avec la carte vitale, et d'un RIB, RIP ou RICE.
- La copie du règlement de votre régime de protection sociale .
- Pour les exigences de la lutte anti-blanchiment, un extrait Kbis et pour une association, les statuts ; dans tous les cas une copie de la pièce d'identité en cours de validité du souscripteur

▪ Quand les salariés sont-ils admis à l'assurance ?

Au plus tôt à la date d'effet du contrat, ou à la date d'entrée dans le groupe des collaborateurs assurés.

Les modalités de gestion du contrat socle Santé Entreprise

Le règlement des cotisations

La cotisation est payable trimestriellement dans les conditions suivantes :

- dans des dix premiers jours des mois d'avril, de juillet et d'octobre, l'entreprise verse la cotisation respectivement due pour chacun des trois premiers trimestres civils écoulés
- dans les dix premiers jours du mois de janvier de l'année suivante, l'entreprise verse le solde de la cotisation annuelle.

Celui-ci est égal à la différence entre la cotisation due au titre de l'année d'assurance écoulée et les sommes versées au titre des trois premiers trimestres de cette même année.

Le paiement doit être établi à notre nom.

Le règlement des remboursements

Le règlement des remboursements est subordonné à la fourniture de pièces justificatives nécessaires au calcul de la prestation (décomptes de la Sécurité sociale, facture...).

L'adhérent peut bénéficier des liaisons informatisées avec les caisses primaires d'assurance maladie. Pour ce faire, chaque adhérent et éventuellement ses ayants droit devra adresser à l'assureur une photocopie de l'attestation d'assurance maladie accompagnant la carte Vitale.

La cessation de la garantie frais de santé

L'adhérent cesse de bénéficier de la garantie dès :

- qu'il sort du groupe des collaborateurs assurés,
- que son contrat de travail est rompu,
- l'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf s'il bénéficie du dispositif de cumul emploi-retraite,
- la résiliation de ce contrat.

PROJET

Les bénéficiaires du contrat socle santé entreprise obligatoire

Le contrat socle Santé Entreprise a pour objet le versement de prestations qui s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale, lorsque le bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident.

▪ Qui bénéficie de la garantie frais de santé ?

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient de la garantie. Les ayants droit sont les membres de sa famille définis ci-après :

- son conjoint, non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale.
Est assimilé au conjoint dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou à défaut son concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale.
Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.
Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- ses enfants et ceux de son conjoint,
 - jusqu'à leur 20^{ème} anniversaire, s'ils sont à leur charge au sens de la Sécurité sociale,
 - jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire, s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - ils suivent des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance
 - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrit à Pôle emploi et avoir terminé ses études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent l'une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- ses ascendants et ceux de son conjoint à leur charge au sens de la Sécurité sociale.

▪ Quelle assurance est proposée aux collaborateurs ou à leurs ayants droit après la cessation de leur garantie?

Les garanties du contrat sont maintenues sans cotisation pendant douze mois aux collaborateurs licenciés bénéficiant du régime d'assurance chômage.

Pour permettre à vos salariés, pour lesquels la garantie a cessé, de continuer à bénéficier d'un régime de protection santé, nous leur proposons une assurance de groupe à adhésion individuelle.

Ils peuvent y souscrire :

- lorsqu'ils sont en invalidité et indemnisés comme tel par la Sécurité sociale,
- au moment de leur départ en préretraite ou à la retraite,
- lorsqu'ils sont licenciés,
- lorsqu'ils bénéficient d'un contrat de travail lorsque votre contrat d'assurance est résilié et non remplacé.

En cas de décès de l'un d'eux, leurs ayants droit (tels que définis à l'article 13) bénéficient également de cette possibilité.

Vos salariés concernés (ou leurs ayants droit) peuvent adhérer à cette assurance individuelle dans les six mois qui suivent la date de rupture du contrat de travail, la date de décès de l'adhérent ou celle de résiliation du contrat d'assurance. S'ils ont bénéficié du maintien prévu ci-dessus, la période de 6 mois s'entend à compter de la fin dudit maintien.

Cette assurance de groupe à adhésion individuelle présente pour les adhérents les avantages suivants :

- elle est accordée sans délais d'attente,
- ni questionnaire médical.



Nous avons négocié pour vos salariés avec notre filiale des services d'information médicale et sociale ainsi que des services spécifiques pour vos garanties en optique, dentaire et audioprothèse, ainsi qu'en cas de décès.

Les services d'information médicale et sociale

Un centre d'appel téléphonique est à la disposition de vos salariés, il est accessible grâce à un numéro de téléphone mentionné sur leur attestation de tiers payant santé. Une équipe de conseillers santé les met en relation avec des médecins, chirurgiens-dentistes, opticiens, diététiciens..., qui les informent et répondent à toutes les questions médicales ou administratives qu'ils peuvent leur poser et plus particulièrement dans les domaines suivants :

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

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

Les services en optique, dentaire et audioprothèse

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

Les bénéficiaires ont accès aux services suivants :

▪ Informations à caractère général

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

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

▪ Etudes de devis

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

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

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

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

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

En se rendant chez les partenaires, les bénéficiaires profitent des engagements suivants :

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

... **Chez les opticiens partenaires**

- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat,
- **Une garantie casse gratuite sans franchise de 2 ans** pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles traditionnelles
- Une réparation et un ajustement des équipements optiques
- Une garantie adaptation gratuite sans franchise de 2 mois pour les verres et de 3 mois pour les lentilles traditionnelles
- Une garantie déchirure gratuite sans franchise de 3 mois pour les lentilles traditionnelles
- Un examen annuel de la vue (gratuit)
- Des actions d'information et de prévention dans le domaine de la santé visuelle
- Un maintien des offres promotionnelles en cours dans le magasin en sus des avantages Itelis

... **Chez les chirurgiens-dentistes partenaires**

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

... **Dans les points de vente d'audioprothèses**

- des tarifs négociés sur les prothèses auditives,
- garantie 2 mois « satisfait ou échangé » (sauf embouts)
- contrôle annuel de l'audition
- prêt gracieux d'un appareil auditif en cas de réparation ou de remplacement

Pour connaître les partenaires les plus proches, les bénéficiaires utilisent l'outil de géo localisation mis à disposition sur le site du gestionnaire santé ou appellent leur gestionnaire santé au numéro figurant sur leur attestation de tiers payant santé.

Pour bénéficier des accords négociés chez un partenaire, ils doivent présenter leur attestation de tiers payant santé.

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

Les services en cas de décès :

Nous mettons à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches un service d'informations par téléphone sur les formalités et démarches à accomplir.

Selon le cas, ce service devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire ou ses proches afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

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

Les thèmes traités sont les suivants :

- L'organisation des obsèques,
- Les démarches après le décès,
- Les démarches facultatives,
- Les réglementations particulières.

Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours

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

▪ Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, nous l'organisons et la prenons en charge :

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

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

Nous intervenons à la demande des parents et nous ne pouvons pas être tenus pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

▪ Aide-ménagère à domicile

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant votre hospitalisation.

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

▪ Garde malade

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant votre hospitalisation.

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

▪ Présence d'un proche à votre chevet

Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France afin de se rendre à votre chevet pendant votre immobilisation.

Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant **3 nuits** maximum à concurrence de 80 euros par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).

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

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

▪ Organisation de services

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

Le coût de la garantie reste à votre charge.

▪ Recherche d'une place dans un milieu hospitalier

A votre demande et sur prescription médicale, notre équipe médicale recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour de votre domicile.

▪ Soins à domicile

En cas d'hospitalisation au domicile ou d'immobilisation au domicile, nous mettons à votre disposition un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale de votre médecin traitant.

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

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

▪ Soutien pédagogique

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de votre enfant nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs.

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

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

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

Le coût de la garantie reste à votre charge.

Assistance en cas de grossesse ou séjour en maternité

▪ Informations maternité

Notre équipe médicale vous communique des informations et conseils médicaux en puériculture. Elle donne tout renseignement d'ordre général

Selon les cas, nous devons nous documenter ou effectuer des recherches et vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises dans les domaines suivants :

- Habitation (acquisition, construction, financement, bail, congés, aide au logement),
- Impôts (fiscalité, calcul de l'impôt),
- Assurance vie,
- La famille : la grossesse et la naissance, l'adoption, l'éducation des enfants, prévoir sa succession, les handicaps,
- Les prestations familiales (allocations familiales, allocations logement, allocations de naissance, aide à la garde d'enfant, complément familial, allocation de parent isolé), les congés parentaux, l'assurance maternité du régime général, la protection de la femme enceinte, les établissements maternels,

- L'information administrative et sociale : les congés parentaux, le congé maternité, le congé paternel, les allocations familiales, les allocations spécifiques de la CAF, allocation de soutien familial, allocation de parent isolé, les diverses prestations, la prestation d'accueil du jeune enfant, les primes à la naissance, le cumul des primes, la durée légale des congés de maternité, la Sécurité sociale et indemnités journalières, l'incidence fiscale en fonction du statut matrimonial,
- L'information médicale et paramédicale : la grossesse (les consultations obligatoires, les 3 échographies, la péridurale, l'épisiotomie, la radiopelvimétrie, l'amniocentèse, la choriocentèse, la grossesse extra-utérine, le placenta prævia, la toxoplasmose, le facteur rhésus et incompatibilité materno-fœtal, la rubéole), l'accouchement (les signes précurseurs, la césarienne, l'accouchement après terme), le nourrisson (évolution et développement (sommeil, tonus, préhension, etc....) développement psychomoteur et affectif du nourrisson, les maladies du nourrisson (érythèmes, méningite, bronchiolite, etc....), la dentition, les maladies du nourrisson.

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

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

Assistance en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie

▪ Organisation de services

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

Le coût de la garantie reste à votre charge.

Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile

Si vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de votre domicile, nous organisons et prenons en charge votre rapatriement sanitaire par le moyen de transport de notre choix dès que votre état de santé le permet.

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

Nous vous dirigeons alors :

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

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

Définitions applicables aux services d'assistance

Territorialité

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

Domicile

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

Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences) entraînant par la suite une immobilisation au domicile.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours.

Maladie

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

Autorité médicale

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

Equipe médicale

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

Proche

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

Membre de la famille

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

Mise en œuvre des services d'assistance

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons. Pour la mise en place des services d'assistance, vous devez nous contacter au numéro figurant sur votre attestation de tiers payant santé.

Nous ne pouvons être tenus 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.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.