

NOUS CONTACTER

VOTRE INTERMÉDIAIRE

DOAT-LIOGER

65 RUE DE GERLAND

69007 LYON

Code FIA 28946



Assurance et Banque

SARL STE ACCOMPAGN'AGE
230 RUE VENDOME
69003 LYON

LE 25 FÉVRIER 2021

VOS RÉFÉRENCES

Document à conserver

Votre contrat
n° 2509148780

Nom produit

**Adaptalia Offre AE renforts
Santé**

Formule

first

Groupe assuré

**Non cadres définis dans le
dispositif d'entreprise**

Structure de cotisation

Salarié seul

Date d'effet au

01/01/2021

Votre Espace Client

Retrouvez l'ensemble
de vos services en ligne
sur axa.fr



NOTICE D'INFORMATION

Votre contrat Surcomplémentaire Santé



Votre employeur, la société SARL STE ACCOMPAGN'AGE, a souscrit la garantie frais de santé facultative, vous pouvez adhérer à l'une des formules surcomplémentaires que nous vous proposons pour compléter votre garantie frais de santé obligatoire.

Le groupe assuré par ce contrat est le suivant : Non cadres définis dans le dispositif d'entreprise.

Cette notice a pour but de vous informer des termes du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative que votre employeur a conclu avec nous. Il est émis hors du cadre législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » (article L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et décrets d'application).

Le contrat frais de santé surcomplémentaire facultatif souscrit par votre employeur prend effet le 1^{er} janvier 2021.

Votre garantie prend effet à compter de votre adhésion individuelle, selon les dispositions de l'article « Conditions d'adhésion au contrat surcomplémentaire facultatif ».

Votre notice vous précise, dans les pages qui suivent, les prestations offertes lorsque le risque souscrit se réalise entre la date de début et de fin de garantie.

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le chapitre « Définitions » de votre Notice Complémentaire Adaptalia Santé

SOMMAIRE

BIEN COMPRENDRE VOTRE CONTRAT

Chapitre	Page
1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL.....	3
2. VOS COTISATIONS.....	6
2.1 Le montant des cotisations.....	6
2.2 Les modalités de règlement des cotisations.....	6
3. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES.....	7
3.1 Les bénéficiaires de la garantie.....	7
3.2 Les conditions d'adhésion au contrat surcomplémentaire facultatif.....	7
4. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	9
4.1 Nos remboursements de la garantie Frais de santé.....	9
4.2 Les documents nécessaires à votre remboursement.....	9
5. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ.....	10
5.1 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.....	10
5.2 Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989.....	10
6. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT.....	12
6.1 La prescription.....	12
6.2 L'utilisation des données à caractère personnel.....	13
6.3 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale.....	13
6.4 Nous contacter.....	14

1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL

Nous vous présentons ci-dessous les montants et niveaux remboursés par AXA au titre du contrat surcomplémentaire facultatif.

Les remboursements de la formule surcomplémentaire choisie s'ajoutent, dans la limite des frais restant à votre charge, à ceux effectués au même titre tant par la Sécurité sociale, que par le contrat socle obligatoire n° 2509148760, et par tout autre organisme.

Nous remboursons certaines prestations même non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

	Formule 1	Formule 2
Non Responsables - Facultatives		
en complément des remboursements de la Base		
Soins Courants		
La médecine courante		
Dépassements d'honoraires des médecins (forfait global supplémentaire)	Forfait global supplémentaire par année civile de 50 euros	Forfait global supplémentaire par année civile de 75 euros
Matériel médical		
Appareillages, prothèses auditives, prothèses diverses (prothèses mammaires, capillaires, ...) pris en charge par la Sécurité sociale	Forfait global supplémentaire par année civile de 50 euros	Forfait global supplémentaire par année civile de 75 euros
Médecines non conventionnelles		
Médecine douce réalisée par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou FINESS (par année civile)	1 séance supplémentaire	1 séance supplémentaire
Dentaire		
Le dentaire		
Consultations et soins courants, radiologie et chirurgie. Prothèses fixes, inlays onlays d'obturation, et appareils amovibles (y compris appareils provisoires et réparations) Implants Piliers de bridge Parodontologie non prise en charge par la SS Orthodontie (avant 28 ans, par semestre, dans la limite de 4 semestres)	Forfait global supplémentaire par année civile de 50 euros	Forfait global supplémentaire par année civile de 75 euros
Optique		
L'optique		
Verres (y compris suppléments pour forte correction et verre progressif), Monture, Lentilles de contact correctrices (prises en charge ou non par la Sécurité sociale), Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	Forfait global supplémentaire par année civile de 50 euros	Forfait global supplémentaire par année civile de 75 euros

Comprendre les abréviations de votre tableau de garanties

- DPTAM** Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- PMSS** Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.
- BR** Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
- MR** Montant Remboursé par la Sécurité sociale française.
- TM** Ticket modérateur est égal à la Base de Remboursement (BR) – Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- BR-MR** Base de Remboursement (BR) – Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- FR-SS** Frais Réel – Remboursement de la Sécurité sociale française (SS) : cela signifie que la garantie couvre la totalité des dépenses engagées par l'assuré, à l'exception de la part remboursée par la Sécurité sociale française.
- Euros** Montant remboursé par la Complémentaire santé sous la forme d'un forfait en euros.
- PLV** Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

Définitions 100% Santé

Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé : Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge 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 L.162-9 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 L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale française (**MR**).

Prothèses à tarifs limités : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 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 L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale française (**MR**).

Prothèses à tarifs libres : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité Sociale.

Aides auditives

Équipements 100% Santé : Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente : PLV**) en application de l'article L.165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale française (**MR**).

Optique

Équipements 100% Santé : Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de 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 L.165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente : PLV**) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale française (**MR**).

En cas d'équipement mixte 100 % santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100 % santé.

2. VOS COTISATIONS

2.1 Le montant des cotisations

Au 1^{er} janvier 2021, la cotisation mensuelle est fixée à :

COTISATION(S)	FORMULE 1 Non responsable	FORMULE 2 Non responsable
adhérent	3.64 €	4.63 €

La cotisation supplémentaire à celle du contrat socle obligatoire est exprimée en euros.

A votre charge, dans la cotisation sont inclus les impôts, contributions et taxes en vigueur à la date d'effet du contrat.

Elle est ensuite majorée pour les exercices suivants au 1^{er} janvier de chaque année selon le rapport de l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale :

- L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux retenue est la moyenne des 2 derniers taux d'évolution de la consommation de soins et de 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 2 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.).

Vous êtes informé des nouveaux taux de cotisation au moins un mois avant le 1^{er} janvier.

2.2 Les modalités de règlement des cotisations

Le règlement de vos cotisations

La cotisation est payable mensuellement. Vous êtes seul responsable du paiement des cotisations.

Le paiement des cotisations doit être effectué dans les 10 jours suivant leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

Les modalités de non-règlement de vos cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation complète à l'expiration du délai de 10 jours indiqué précédemment, nous vous adressons une lettre recommandée de mise en demeure.

Si vous n'acquitez pas votre cotisation dans les 30 jours qui suivent, nous suspendons votre adhésion conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances.

A défaut de paiement dans les 10 jours qui suivent le délai de 30 jours précité (soit 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure), votre adhésion est résiliée.

3. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

3.1 Les bénéficiaires de la garantie

Vous bénéficiez de la garantie.

3.2 Les conditions d'adhésion au contrat surcomplémentaire facultatif

La durée de la garantie

Le début de la garantie

Pour vous, assuré

Vous bénéficiez de notre garantie, selon le cas :

- Dès la date d'effet du contrat, lorsque votre demande d'adhésion est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- Dès la date de votre entrée dans le groupe assuré, lorsque votre demande d'adhésion est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- Dès la date du changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture du PACS, rupture du concubinage), lorsque votre demande d'adhésion est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- Dès le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de votre demande d'adhésion, dans les cas non-visés ci-dessus.

Si vous êtes en préavis de licenciement ou si vous bénéficiez du maintien des garanties du régime obligatoire pour contrat de travail rompu, vous ne pouvez pas souscrire de formule surcomplémentaire.

Nous remboursons les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre le début et la fin de la garantie. Nous remboursons également les prestations, non prises en charge par la Sécurité sociale mais ayant un lien avec les régimes de base de la Sécurité sociale et devant être prévues dans les garanties du présent contrat, pour lesquelles la date indiquée sur la facture est comprise entre le début et la fin de la garantie.

La fin de la garantie

- A votre initiative

Vous pouvez demander votre radiation de la garantie

- à l'échéance annuelle de votre adhésion, en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de deux mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai,
- à tout moment sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de votre notification de résiliation.

La demande de résiliation doit nous être notifiée, conformément à l'article L113-14 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 notre **site internet axa.fr**.

La cessation de la garantie entraîne votre radiation et celle de vos ayants droit.

Toute radiation est définitive.

- Dans les autres cas

Vous cessez de bénéficier du présent contrat quand vous ne bénéficiez plus du contrat socle obligatoire et en cas de résiliation du présent contrat.

Nous suspendons la garantie dans les cas de congés pendant lesquels votre contrat de travail est suspendu sans indemnisation de votre employeur, comme par exemple, le congé parental total d'éducation, le congé pour création d'entreprise, le congé sabbatique ou le congé individuel de formation.

4. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA 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 de prestations définies dans votre Notice qui s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale, à ceux du contrat socle obligatoire, et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

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

4.1 Nos remboursements de la garantie Frais de santé

Le choix de la formule surcomplémentaire

Lors de votre adhésion, vous avez le choix entre une ou plusieurs formules de garantie. Ce choix vaut pour vous et pour vos ayants droit.

Vous pouvez modifier votre choix de formule pour vous et pour vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- A la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage),
- Au 1er janvier de chaque année, lorsque vous avez bénéficié d'une formule inférieure pendant au moins 2 années civiles, sous réserve que la demande nous parvienne avant le 15 novembre précédent.

Si vous êtes en préavis de licenciement ou si vous bénéficiez du maintien de garanties pour contrat de travail rompu, vous ne pouvez pas changer de formule.

Contrat « non responsable »

Compte tenu du choix des garanties, votre contrat n'est pas éligible au dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits "contrats responsables", conformément aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application.

Il ne prend toutefois pas en charge :

- Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM au-delà de la limite fixée par décret,
- La majoration de votre participation et les dépassements d'honoraires autorisés 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).

4.2 Les documents nécessaires à votre remboursement

Les pièces justificatives ayant déjà été transmises pour le contrat socle obligatoire, vous n'avez pas à nous les transmettre à nouveau.

Nous conserverons les pièces justificatives transmises.

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

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

Nous pouvons vous demander, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment en cas de couverture de vos ayants droit, la preuve de leur qualité.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, être adressées dans les 24 mois suivant la date des soins.

5. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ

5.1 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat aux anciens salariés appartenant au groupe assuré, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Nous n'accordons pas le maintien :

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

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

Formalités et durée du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois.

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

- Au terme de la durée maximale de 12 mois prévue ci-dessus,
- Au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite,
- A la date de résiliation du contrat.

Les bénéficiaires du présent maintien de garantie pourront demander, dans les 6 mois qui suivent l'expiration du maintien au titre du présent chapitre, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

Modalités d'information

Il appartient au salarié de nous justifier directement ses droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. Aussi, nous nous réservons la possibilité de conditionner le versement des prestations à la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. Nous pouvons donc suspendre le versement des prestations jusqu'à ce qu'il nous transmette le justificatif demandé.

En tout état de cause, il s'engage à nous déclarer dans les meilleurs délais, sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite. À défaut, il s'expose au remboursement d'éventuelles sommes versées à tort.

Cotisation

Ce maintien de garantie est accordé sans contrepartie de cotisation.

5.2 Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989

Bénéficiaires du maintien

Nous proposons aux anciens salariés une assurance à adhésion facultative afin de leur permettre de bénéficier d'un maintien de leurs garanties Frais de santé.

Peuvent souscrire les anciens salariés :

- Lorsqu'ils sont en incapacité ou en invalidité et indemnisés comme tel par la Sécurité sociale,
- Au moment de leur départ en préretraite ou à la retraite,
- Lorsqu'ils sont privés d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement,

Peuvent également souscrire les ayants droit d'un salariés en cas de décès de celui-ci.

Formalités et durée du maintien

Les anciens salariés doivent nous faire la demande d'adhésion dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent la fin du maintien de garantie prévu à l'article ci-dessus.

Nous adressons la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire. La garantie prend effet au lendemain de leur demande.

Pour bénéficier de ce maintien de garantie pendant 12 mois, les ayants droits doivent en faire la demande dans les 2 mois qui suivent le décès.

Cette assurance à adhésion facultative prend effet au plus tard le lendemain de la demande et est accordée sans délai d'attente, ni questionnaire médical.

Étendue des garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles prévues pour les salariés en activité.

Les anciens salariés adhérant à cette Complémentaire santé conservent le même niveau de garantie qu'au jour de la rupture de leur contrat de travail ou de la fin du maintien de garantie dont ils bénéficiaient.

Cotisation

Conformément au décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 modifiant le décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables sont plafonnés progressivement à compter de la date d'adhésion, selon les modalités suivantes :

1. La 1^{re} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
2. La 2^{ème} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
3. La 3^{ème} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

6. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT

6.1 La prescription

Nous vous informons ci-après des conditions d'application de la prescription :

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 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,
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'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 trente ans à compter du décès de l'assuré.

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

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

- **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).**

Conformément à l'article L 114-3 du Code des Assurance, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

6.2 L'utilisation des données à caractère personnel

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

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

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

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

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

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits :

- Par email : service.informationclient@axa.fr ou
- Par courrier : AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex.

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

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

6.3 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, nous tenons à préciser que :

Nous, AXA, ne sommes pas réputés fournir une couverture de risques et nous ne serons pas responsables ni tenus de payer une indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations nous exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

6.4 Nous contacter

AXA Santé Entreprises
Service Santé
TSA 21122
37409 AMBOISE CEDEX
Tél : 09 70 80 99 07
Fax : 02.47.23.52.55
Site : axasantesaralaries.axa.fr

Au préalable

Lorsque vous ou l'un de vos proches prenez contact avec AXA, nous vous remercions de nous communiquer les renseignements suivants :

- Vos prénom et nom,
- Le numéro du contrat frais de santé surcomplémentaire facultatif : contrat N° 2509148780,
- La raison sociale de votre employeur : SARL STE ACCOMPAGN'AGE.

En cas de réclamation

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

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

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

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

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

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

Par le site internet : mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

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

NOUS CONTACTER

VOTRE INTERMÉDIAIRE

DOAT-LIOGER

65 RUE DE GERLAND

69007 LYON

Code FIA 28946



Assurance et Banque

SARL STE ACCOMPAGN'AGE

230 RUE VENDOME

69003 LYON

LE 25 FÉVRIER 2021

VOS RÉFÉRENCES

Document à conserver

Votre contrat

n° 2509148780

Nom produit

Adaptalia Offre AE renforts

Santé

Formule

first

Groupe assuré

Non cadres définis dans le

dispositif d'entreprise

Structure de cotisation

Salarié seul

Date d'effet au

01/01/2021

**ATTESTATION DE REMISE DE LA NOTICE
de votre contrat frais de santé collectif d'entreprise**



Je, soussigné (prénom, nom)

....., déclare

avoir bien reçu la notice du contrat collectif facultatif frais de santé

N° 2509148780 que m'a remise mon employeur.

