

NOTICE D'INFORMATION

valant conditions générales

AGS ASSURANCE
29 AVENUE JOSEPH RAYBAUD
06000 NICE
TEL : 04 22 13 11 51
Mail : contact@ags-assurance.fr

Santé Monaco 3

Complémentaire Santé

Préambule	p.3
Lexique	p.3
Tableau des prestations	p.4
Article 1 – Objet du contrat	p.5
Article 2 – Modalités d'adhésion au contrat	p.5
2.1. Conditions d'adhésion	
2.2. Durée et renouvellement de l'adhésion	
Article 3 – Les garanties	p.5
3.1. Début des garanties	
3.2. Changement de niveau de garantie	
3.3. Descriptif des garanties	
3.4. Exclusions	
3.5. Territorialité	
Article 4 – Prises en charge	p.6
Article 5 – Modalités d'obtention des remboursements	p.6
Article 6 – Cotisations	p.6
6.1. Montant des cotisations	
6.2. Evolutions des cotisations	
6.3. Modalité de paiement des cotisations	
6.4. Conséquences du défaut de paiement	
Article 7 – Résiliation de l'adhésion	p.7
Article 8 – Renonciation	p.7
Article 9 – Expertises - Justificatifs	p.7
Article 10 – Subrogation	p.7
Article 11 – Prescription	p.7
Article 12 – Informatique et Libertés	p.8
Article 13 – Réclamations	p.8
Garanties Assistance	p.9

PRÉAMBULE

Le contrat **SANTÉ MONACO 3** est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par « l'ASAF & AFPS », appelée ci-après « l'Association », dont le siège social se trouve : 2740, chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 VALLAURIS, auprès de AXA France Vie - S.A au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 RCS NANTERRE ou de AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - Entreprises régies par le Code des assurances, dont les sièges sociaux se trouvent : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX, appelées ci-après « l'Assureur ».

L'Adhérent adhère audit contrat au moyen de la « demande d'adhésion » dans les conditions décrites dans la présente notice d'information valant conditions générales. Les déclarations des Adhérents servent de base à leur adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf effet des Lois et Décrets du Code des assurances.

L'Association assure les actes de gestion nécessaires à l'acceptation et au fonctionnement du contrat et des adhésions. Elle peut déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix (après accord préalable de l'Assureur). L'Assureur assure le risque au titre dudit contrat.

Le contrat entre l'Association et l'Assureur se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée. En cas de résiliation du contrat, l'Assureur s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Assurés.

Le contrat peut être modifié par avenant ; l'Adhérent sera informé par l'Association avant toute modification apportée à ses droits ou obligations dans le respect de l'Article L. 141-4 du Code des assurances.

Le contrat est rédigé et conclu en langue française.

L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - Secteur Assurance, située 61 rue Taibout - 75436 PARIS Cedex 09.

LEXIQUE

ACCIDENT

Toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ADHÉRENT

Personne membre de l'Association et qui adhère au contrat.

ASSURÉS

Personnes sur lesquelles reposent l'assurance, c'est-à-dire l'Adhérent (sauf mention contraire stipulée sur le certificat d'adhésion) et les membres de sa famille répondant aux conditions pour être assurés.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence au régime obligatoire monégasque pour déterminer le montant de son remboursement.

FAMILLE

Le chef de famille, son conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin) et les enfants fiscalement à charge jusqu'à 20 ans.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

HOSPITALISATION

Désigne un séjour d'au moins 24h dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

RESTE À CHARGE

Part des dépenses de santé qui reste à charge de l'assuré après le remboursement du régime obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

ÉTABLISSEMENTS ET/OU SERVICES SPÉCIALISÉS

Séjours de repos, de rééducation (y compris les séjours contribuant à la lutte contre l'alcoolisme ou la toxicomanie), de convalescence, de gériatrie, de neuropsychiatrie, de psychiatrie, de diététique et séjours similaires, quel que soit l'établissement ainsi que les séjours en aérium, en centre de pneumologie, en préventorium, en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire. Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

TABLEAU DES PRESTATIONS

	Adhésion sans QS et sans limite d'âge			
HOSPITALISATION (y compris en maternité)	1	2	3	4
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	100%	150%	200%	300%
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100%	150%	150%	150%
Séjours spécialisés limités à 90 jours ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%
Honoraires des médecins	100%	150%	200%	300%
Forfait journalier hospitalier (limité à 90 jours ⁽¹⁾ en séjours spécialisés)	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (limitée à 60 jours ⁽¹⁾ en séjours spécialisés)	60€/jour	80€/jour	110€/jour	150€/jour
Confort Hospitalier (téléphone, internet, télévision, séjour de l'accompagnant, frais de transport des visiteurs)	50€ ⁽¹⁾	75€ ⁽¹⁾	100€ ⁽¹⁾	150€ ⁽¹⁾
Transport ambulance	100%	150%	200%	300%
Maternité - Naissance - Adoption (doublement du forfait en cas de naissance gémellaire)	Forfait 160€	Forfait 190€	Forfait 220€	Forfait 260€
DENTAIRE				
Actes, soins, chirurgie dentaires	100%	150%	150%	150%
Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire à partir de la 4 ^{ème} année	100% 180%	150% 230%	200% 280%	300% 380%
Orthodontie	-	150%	200%	300%
Limite annuelle prothèses dentaires et orthodontie remboursées les deux 1 ^{ères} années à partir de la 3 ^{ème} année		800€ ⁽¹⁾ 2300€ ⁽¹⁾	1000€ ⁽¹⁾ 2500€ ⁽¹⁾	1300€ ⁽¹⁾ 3000€ ⁽¹⁾
Prothèses et orthodontie non remboursées par le régime obligatoire, parodontologie et implantologie	100€ ⁽¹⁾	150€ ⁽¹⁾	200€ ⁽¹⁾	250€ ⁽¹⁾
OPTIQUE MÉDICALE				
Verres, montures, lentilles (remboursées ou non remboursées par le régime obligatoire) et opération de la myopie les 3 premières années, complément de à partir de la 4 ^{ème} année, complément de	100% 130€ ⁽¹⁾ 260€ ⁽¹⁾	150% 190€ ⁽¹⁾ 300€ ⁽¹⁾	200% 230€ ⁽¹⁾ 350€ ⁽¹⁾	300% 280€ ⁽¹⁾ 400€ ⁽¹⁾
SOINS COURANTS				
Honoraires, petite chirurgie et actes techniques médicaux	100%	150%	200%	300%
Laboratoire, radiologie et auxiliaires médicaux	100%	150%	200%	300%
Pharmacie et homéopathie remboursées par le régime obligatoire	100%	100%	100%	100%
APPAREILLAGE				
Orthopédie, Appareillage, Prothèse autre que dentaire	100%	150%	200%	300%
PRÉVENTION & BIEN ETRE				
Médecines naturelles non remboursées par le régime obligatoire : Ostéopathe, Chiropracteur, Pédicure, Podologue, Acupuncteur, Homéopathe	50€ ⁽¹⁾	75€ ⁽¹⁾	100€ ⁽¹⁾	150€ ⁽¹⁾
Prévention (pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, sevrage tabagique, pilule contraceptive)	50€ ⁽¹⁾	75€ ⁽¹⁾	100€ ⁽¹⁾	150€ ⁽¹⁾
SERVICES +				
Cure thermique (acceptée par le régime obligatoire)	100% + 50€ ⁽¹⁾	150% + 50€ ⁽¹⁾	200% + 50€ ⁽¹⁾	300% + 50€ ⁽¹⁾
Soins inopinés à l'étranger (voir CG - Article 3.5 "Territorialité")	100%	150%	150%	150%
Garanties assistance	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses
Exonération et/ou remboursement de la cotisation si hospitalisation + de 9 nuits consécutives suite à un accident	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie

(1) par année civile et par assuré

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire, en forfaits en euros ou une combinaison des deux (les pourcentages intègrent les remboursements du régime obligatoire ; les forfaits en euros viennent en complément des remboursements du régime obligatoire).

Le total des remboursements complémentaires, du régime obligatoire et les prestations non prises en charge au titre du présent contrat tel que défini ci-dessus ne peuvent excéder les frais justifiés réellement engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat.

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir, pour l'Adhérent et sa famille assurée, le remboursement :

- de frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie, un accident ou liés à la maternité, en complément des prestations versées par leur régime obligatoire.
- des dépenses de soins non prises en charge par le régime obligatoire mais relevant des garanties prévues au contrat.

ARTICLE 2 – MODALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion au contrat est composée de la demande d'adhésion, du certificat d'adhésion et de la présente notice d'information valant conditions générales.

2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION :

Peut adhérer au contrat, sous réserve d'acceptation par l'Association, toute personne ayant :

- un régime obligatoire monégasque soit, la Caisse de Compensation des Services Sociaux (C.C.S.S.), la Caisse d'assurance maladie des Travailleurs Indépendant (C.A.M.T.I.) ou à la SPME (Service Public Médical de l'État),
- fait parvenir à l'Association une demande d'adhésion dûment complétée et signée mentionnant chaque membre de la famille inscrit, ainsi que le niveau de garantie choisi pour l'ensemble de la famille,
- réglé les droits d'entrée et droits associatifs dont les montants sont précisés à l'Article 6.3 de la présente notice d'information.

Ne sont pas admissibles les personnes ayant déjà une complémentaire santé.

2.2 - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION :

L'adhésion au contrat et à l'Association est effective pour une année au minimum et se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance principale, c'est-à-dire au 1er janvier de chaque année.

ARTICLE 3 – LES GARANTIES

3.1 - DÉBUT DES GARANTIES

3.1.1 - DATE D'EFFET

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré, sous réserve des périodes d'attente prévues à l'Article 3.1.2, à compter de la date indiquée sur le certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la cotisation.

3.1.2 - PÉRIODES D'ATTENTE

Tous les niveaux de garanties sont soumis à une période d'attente de 30 jours concernant l'ensemble des frais liés à une hospitalisation (frais de séjours, honoraires, chambre particulière, lit accompagnant, forfait journalier hospitalier, transport) sauf en cas d'accident survenu pendant la période d'attente.

Il est également prévu une période d'attente quel que soit le niveau de garantie de :

- 10 mois, pour l'intégralité du forfait naissance-adoption. Durant cette période, le forfait est donné à raison de 10 % par mois de présence, avec un maximum de 100 % du forfait.

Ces périodes se calculent à partir de la date d'effet retenue pour l'adhésion. Ces délais sont supprimés pour les Assurés qui ont déjà été couverts par un organisme similaire sans interruption jusqu'à cette date (le certificat de radiation est demandé lors de la demande d'adhésion). Ces périodes d'attente sont également applicables en cas d'augmentation des garanties (voir Article 3.2) et portent uniquement sur les améliorations données par le nouveau niveau.

3.2 - CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIE

Les prestations varient selon les niveaux de garanties proposés, le détail figurant au tableau des prestations. Toute diminution ou augmentation d'un niveau de garantie est soumis à l'acceptation de l'Association. Ces demandes peuvent être acceptées au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat ; par la suite, aucune diminution ou augmentation d'un niveau de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

3.3 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

Les remboursements des frais de soins sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires, dans la limite des frais réellement engagés et dans les limites et montants prévus au tableau des prestations. Ce dernier, qui fait partie intégrante de la présente notice d'information, détaille le montant des remboursements selon le niveau de garantie souscrit ; certains remboursements sont également régis par les dispositions suivantes :

3.3.1 - HOSPITALISATION

CHAMBRE PARTICULIÈRE:

Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Pour les séjours spécialisés, le remboursement est limité à 60 jours par année civile et par assuré. Le remboursement est exclu dans les cas de cure thermique et pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Remboursement pour hospitalisation médicale ou chirurgicale.

CONFORT HOSPITALIER

Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

NAISSANCE – ADOPTION

Le versement de l'indemnité forfaitaire (doublement en cas de naissance gémellaire) est subordonné à l'inscription de chacun des enfants dans les 3 mois qui suivent la naissance (ou adoption) et sur présentation de l'acte de naissance (ou adoption) ou de la copie du livret de famille.

3.3.2 - SERVICES +

EXONÉRATION (OU REMBOURSEMENT) DE LA COTISATION

L'exonération ou le remboursement de la cotisation familiale de l'année civile en cours a lieu en cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint inscrit, pour une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives (c'est la date d'entrée de l'hospitalisation qui est retenue pour l'année civile). Cette hospitalisation doit être la conséquence directe d'un accident et débiter dans un délai de 90 jours à dater dudit évènement.

3.4 - EXCLUSIONS

Sont exclus de tout remboursement :

- Les actes non reconnus par les régimes obligatoires, les actes non prévus au tableau des prestations, la chirurgie et les soins esthétiques, les séjours en centres hospitaliers dits de moyens et longs séjours (sauf les moyens séjours prévus dans la notice d'information) ainsi que ceux pour personnes âgées dépendantes, les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication, les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires, les actes ou soins ayant une date antérieure à l'adhésion ou postérieure à la résiliation.
- Les faits de guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires, ainsi que les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau d'atome, conformément au Code des assurances.

3.5 - TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent à MONACO et dans les autres pays lorsque le régime obligatoire monégasque prend en charge les frais médicaux. Le règlement des prestations est effectué à MONACO (ou en France) et dans la monnaie légale en vigueur à MONACO (ou en France). Si cela est nécessaire, l'ensemble des documents justificatifs devront être traduits et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur à MONACO (ou en France).

ARTICLE 4 – PRISES EN CHARGE

L'Assuré peut bénéficier d'une prise en charge directe par l'Association, sur sa demande ou sur celle du professionnel concerné dans les limites prévues au tableau des prestations, pour l'ensemble des postes suivants :

- Hospitalisation : frais de séjour dans la limite de 100 % de la base de remboursement, Forfait Journalier Hospitalier, lit accompagnant et chambre particulière (la prise en charge Hospitalisation ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée).
- Dentaire : prothèses, orthodontie acceptées par le régime obligatoire.
- Optique : verres, montures et lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire, ainsi que la chirurgie réfractive.
- Hors hospitalisation : frais d'orthopédie, appareillage et prothèse autre que dentaire.

ARTICLE 5 – MODALITÉS D'OBTENTION DES REMBOURSEMENTS

L'Assuré devra adresser à ASAF & AFPS/Service Prestations - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX :

- dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par le régime obligatoire :
 - Les décomptes délivrés par le régime obligatoire,
 - Les notes d'honoraires, factures acquittées et détaillées,
- dans les 3 mois qui suivent l'évènement :
 - Pour les prestations non remboursées par le régime obligatoire et dont les remboursements complémentaires sont exprimés en Euros : la facture acquittée et détaillée.
 - Pour le versement de l'indemnité NAISSANCE - ADOPTION : un acte de naissance (ou d'adoption) ou une copie du livret de famille.
 - Pour obtenir l'EXONÉRATION (OU REMBOURSEMENT) DE LA COTISATION suite à un accident ayant entraîné une hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives, vous devez fournir les pièces suivantes :
 - une demande d'exonération sur papier libre,
 - le bulletin de situation de l'établissement hospitalier avec date d'entrée et de sortie,
 - un certificat médical de constatation d'accident précisant : la date de l'accident ayant entraîné l'hospitalisation, l'historique et la cause initiale de cet accident, ainsi que la mention « causé par un tiers » si tel est le cas.

L'ensemble de ces pièces devra être adressé au centre de gestion de l'Association à l'attention du Médecin conseil.

ARTICLE 6 – COTISATIONS

6.1 - MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est mentionné sur la demande d'adhésion. Il est déterminé en fonction :

- du niveau de garantie choisi,
- de l'âge des Assurés à la prise d'effet de l'adhésion,
- de la composition familiale.

6.2 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations évoluent :

- au 1er janvier de chaque année :
 - selon l'âge de chaque Assuré, à partir de 21 ans, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime,
 - suite à un accroissement des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé,
 - suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garantie ou sur un groupe d'adhérents. Cette évolution peut notamment résulter d'une progression des remboursements supérieure, sur la même période, aux indices cités ci-dessus.
- au 1er janvier de chaque année ou éventuellement en cours d'année : suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.

6.3 - MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance par année civile complète au siège de l'Association avec une faculté de règlement fractionné mensuel, trimestriel ou semestriel (les droits associatifs sont compris dans le tarif mensuel par assuré à hauteur de 0,30 € pour les personnes de moins de 21 ans et 1,50 € pour les personnes de 21 ans et plus inscrit dans la même garantie que ses parents). En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est calculée en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'à la prochaine échéance de règlement en incluant le mois en cours. Tout mois commencé est dû dans sa totalité. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

6.4 - CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de paiement tardif et/ou partiel des cotisations, les versements sont imputés à l'échéance impayée la plus ancienne. Les impôts et taxes restent à la charge de l'Adhérent. Si la cotisation ou une partie de celle-ci n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Association peut (indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice) :

- adresser au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure.
- suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre.
- résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours (Article L. 113-3 du Code des assurances).

La suspension ou la résiliation de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'Adhérent de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au contrat pour toute la période de garantie en cours. En particulier, en cas de non-paiement d'une fraction de la cotisation annuelle, c'est la totalité de cette dernière qui est due à l'Association. Les frais de procédure et de recouvrement sont à la charge de l'Adhérent

ARTICLE 7 – DISSPOSITIONS DIVERSES

7.1 - MODIFICATIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

Lorsque la loi ou la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements, nous sommes susceptibles de modifier les modalités de votre adhésion pour l'adapter à la nouvelle situation et ce dès l'application de cette nouvelle réglementation ou au plus tard, dès la prochaine échéance principale qui suit cette application.

ARTICLE 8 – RÉSILIATION DE L'ADHESION

L'Adhérent peut résilier son adhésion au contrat et à l'Association, par lettre recommandée, avec un préavis de deux mois précédant la fin de la première année d'assurance et pour les années suivantes avec un préavis de deux mois précédant l'échéance principale (1er janvier).

L'Adhérent peut également résilier son adhésion lors d'un changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, en cas de retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation doit être demandée par lettre recommandée avec avis de réception dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification.

En cas de décès de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée de plein droit : s'il y a d'autres Assurés, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.

ARTICLE 9 – RENONCIATION

En cas d'adhésion par voie de démarchage : les dispositions suivantes issues de l'Article L. 112-9-1 du Code des assurances s'appliquent :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. (...) Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation ».

L'adhérent peut donc renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat (soit à compter du jour où il reçoit son certificat d'adhésion).

En cas d'adhésion à distance : selon l'Article L. 112-2-1 du Code des assurances, **l'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où il reçoit son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit la notice d'information et les informations conformément à l'Article L. 121-20-11 du Code de la consommation si cette date est postérieure à la date de réception du certificat d'adhésion.**

L'Adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

Ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Dans tous les cas, l'exercice de ce droit à renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion, mettant fin à l'ensemble des garanties, à compter de la date de réception de la lettre de renonciation.

Cette faculté de renonciation peut être exercée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au plus tard dans le délai de 14 jours indiqué ci-dessus et adressée à : ASAF & AFPS /GIEPS - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX.

Elle peut être rédigée selon le modèle de lettre inclus ci-dessous :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion Santé Monaco 3 n° _____ conclue auprès du cabinet _____ en date du _____ et pour laquelle j'ai versé _____ €. Cette renonciation entraîne le remboursement des sommes versées, sous réserve des prestations éventuellement réglées au cours de la période, dans les 30 jours à compter de la réception de la présente lettre recommandée.

Fait à _____, le _____ Signature de l'adhérent ».

ARTICLE 10 – EXPERTISES – JUSTIFICATIFS

L'Association pourra éventuellement faire effectuer à sa demande et à l'attention de son Médecin Conseil toutes les vérifications ou expertises qu'elle jugera nécessaires ainsi que se faire communiquer les documents, pièces, comptes rendus, médicaux ou non, nécessaires au traitement du dossier.

ARTICLE 11 – SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, la déclaration doit en être faite à l'Association. Après remboursement des frais de santé dans les conditions prévues au tableau des prestations, l'Assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées à l'Assuré, conformément à l'Article L. 121-12 du Code des assurances.

ARTICLE 12 – PRESCRIPTION

Conformément à l'Article L. 114-1 du Code des assurances, « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance, 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Conformément à l'Article L. 114-3 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 ».

ARTICLE 13 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations vous concernant font l'objet d'un traitement informatique soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

L'Association est responsable du traitement des informations, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Ces informations pourront être communiquées d'une part aux assureurs et leurs collaborateurs, situés tant en France qu'au Maroc ou en Inde (en vertu d'une autorisation de la CNIL), et d'autre part aux intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à : ASAF & AFPS/GIEPS - Correspondant CNIL - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX.

ARTICLE 14 - RÉCLAMATIONS

Pour toute difficulté, nous vous invitons à contacter en priorité votre interlocuteur habituel à l'adresse suivante : ASAF & AFPS - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX. Il est à votre disposition pour répondre à vos demandes d'informations et traiter vos éventuelles réclamations.

Si, après l'avoir contacté, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel à la Direction Relations Clientèle de l'assureur en écrivant à l'adresse suivante : AXA France - Direction Relations Clientèle - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse vous sera alors adressée dans les meilleurs délais.

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de la FFSA, personnalité indépendante, en demandant sa saisine. Ce recours est gratuit. La Direction Relations Clientèle vous communiquera alors son adresse.

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

PRÉAMBULE

La présente notice d'information reprend les conditions générales des contrats d'assurance pour compte portant le numéro 5004917 souscrit par l'Association ASAF (Association Santé et Action Familiale) et le numéro 5004918 souscrit par l'Association AFPS (Action Familiale de Prévoyance Sociale) pour leurs adhérents auprès d'**AXA ASSISTANCE FRANCE ASSURANCES**, société anonyme au capital de 51 275 660 euros, entreprise d'assurance de droit français agréé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sous le numéro 402 1293, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 451 392 724 et dont le siège social est situé 6, rue André Gide – 92320 Châtillon, ci-après désignée **AXA Assistance**.

ARTICLE 1 – MODALITÉS ET DÉCLARATION DE SINISTRES

1.1 - POUR LES GARANTIES ASSISTANCE : Pour bénéficier des garanties du présent Contrat, vous devez appeler au numéro de téléphone suivant :

+33 (0)1 55 92 25 99

(numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire). Seules les prestations d'assistance avancées par l'Assuré avec l'accord préalable d'AXA Assistance peuvent lui être remboursées, en envoyant les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant :

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

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

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

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

ASSURÉS/VOUS : Désigne tout Client déclaré à AXA Assistance par le Souscripteur comme assuré par le présent Contrat en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation à son Domicile.

La définition des Assurés est étendue à leurs conjoints de droit ou de fait ou toute personne qui leur ait lié par Pacs, leurs descendants fiscalement à charge de moins de 25 ans vivant au Domicile, leurs ascendants vivant au Domicile.

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

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

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

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

CLIENT/VOUS : Désigne toute personne physique entrée en relation contractuelle avec le Souscripteur pour la souscription d'un contrat d'assurance « SANTÉ MONACO 3 » assuré par AXA France Vie.

DOMICILE : Désigne le lieu de résidence principale de l'Assuré. Il est situé en France.

ÉQUIPE MÉDICALE : Structure d'assistance médicale que AXA Assistance met à disposition des Assurés et adapte à chaque cas particulier.

FRANCE : France métropolitaine.

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

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

HOSPITALISATION : Séjour prévu ou imprévu d'une durée supérieure à 72h, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle.

IMMOBILISATION À DOMICILE : Désigne l'immobilisation au Domicile prescrite par une Autorité médicale à la suite d'une Atteinte corporelle.

MEMBRE DE LA FAMILLE : Le conjoint de droit ou de fait ou toute personne qui est liée à l'Assuré par un Pacs, ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint, ses frères et sœurs. Ils doivent être domiciliés dans le même pays que l'Assuré.

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

SOUSCRIPTEUR : Désigne :

- l'Association Santé et Action Familiale (ASAF), association déclarée (J.O du 05/01/1974) et régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège est situé 2740, Chemin de Saint Bernard – 06220 VALLAURIS.
- l'Action Familiale de Prévoyance Sociale (AFPS), association déclarée (J.O du 27/06/1970) et régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège est situé 2740, Chemin de Saint Bernard – 06220 VALLAURIS.

STRUCTURE MÉDICALE : Structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par notre Equipe médicale.

TERRITORIALITÉ : Les garanties d'assistance s'exercent en France et dans la Principauté de Monaco.

ARTICLE 3 – GARANTIES ASSISTANCE

3.1 - AIDE-MÉNAGÈRE : La garantie est acquise en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation d'une durée supérieure à 72 heures.

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

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

Après analyse de la situation de l'Assuré, AXA Assistance prend en charge jusqu'à 30 heures maximum dans les 15 jours qui suivent la date de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation, avec un minimum de 2 heures consécutives.

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

Cette garantie est limitée à une (1) intervention par année civile. Au-delà de cette intervention, AXA Assistance transmet les coordonnées d'un prestataire, les coûts de la prestation restent à la charge de l'Assuré.

3.2 - GARDE DES ENFANTS : La garantie est acquise en cas d'Hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures.

Si personne ne peut assurer la garde des Assurés de moins de 15 ans, AXA Assistance organise et prend en charge dès le premier jour de l'événement :

- soit leur acheminement chez un proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un proche au Domicile de l'Assuré ;
- soit leur garde par du personnel qualifié dans la limite de 40 heures dans les 5 jours qui suivent l'Hospitalisation de l'Assuré, avec un minimum de 2 heures consécutives. Cette personne qualifiée pourra accompagner les assurés à l'école.

Cette garantie est limitée à une (1) intervention par année civile. Au-delà de cette intervention, AXA Assistance transmet les coordonnées d'un prestataire, les coûts de la prestation restent à la charge de l'Assuré.

3.3 - GARDE DES ENFANTS MALADES : La garantie est acquise en cas d'Immobilisation d'une durée supérieure à 8 jours consécutifs.

Lorsque l'Assuré de moins de 15 ans est immobilisé à son Domicile et que personne ne peut assurer sa garde, AXA Assistance

organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire en mettant à disposition un titre de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^o classe ;
- soit les services de personnel qualifié afin d'assurer sa garde dans la limite de 40 heures dans les 10 jours qui suivent la date d'Immobilisation, avec un minimum de 4 heures consécutives.

Cette garantie est limitée à une (1) intervention par année civile. Au-delà de cette intervention, AXA Assistance transmet les coordonnées d'un prestataire, les coûts de la prestation restent à la charge de l'Assuré.

3.4 - GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES : La garantie est acquise en cas d'Hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures.

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

- soit l'acheminement de l'Animal domestique, dans la limite de 2 animaux, jusqu'à la pension la plus proche dans un rayon de 50 km du Domicile de l'Assuré et sa garde, à concurrence de 230 euros par événement ;
- soit l'acheminement de l'Animal domestique, dans la limite de 2 animaux, au domicile d'un Proche dans un rayon de 50 km.

3.5 - SOUTIEN SCOLAIRE : La garantie est acquise en cas d'Immobilisation d'une durée supérieure à 15 jours consécutifs.

Lorsque l'Immobilisation de l'Assuré à son Domicile entraîne une absence scolaire d'une durée supérieure à 15 jours consécutifs, AXA Assistance organise et prend en charge à compter du 16^{ème} jour de l'Immobilisation, les honoraires des répétiteurs scolaires dans la limite de 10 heures par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés, et de 2 mois, dans les matières suivantes : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie ou langues vivantes.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés du cours préparatoire à la terminale dans un établissement scolaire français.

Cette garantie est limitée à une (1) intervention par année civile. Au-delà de cette intervention, AXA Assistance transmet les coordonnées d'un prestataire, les coûts de la prestation restent à la charge de l'Assuré.

3.6 - EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES : Outre les exclusions légales et outre les éventuelles exclusions spécifiques précitées, sont exclus :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages, à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;
- les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.
- les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant son déplacement ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le déplacement de l'Assuré ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce Contrat ;

De plus, ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
- des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré

pratique ;

- de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive ;
- de la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- la mobilisation générale ;
- toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités ;
- tout acte de sabotage ou de terrorisme ;
- tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire ;
- toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;
- les catastrophes naturelles ;
- les conséquences de l'action des forces de la nature ;
- les épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental ;
- tous les cas de force majeure.

ARTICLE 4 – CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

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

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

ARTICLE 5 – CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

ARTICLE 6 – PRISE D'EFFET - DURÉE - RÉSILIATION

Les garanties d'assistance sont acquises aux Assurés pendant toute la durée du contrat d'assurance SANTÉ MONACO 3.

Elles cessent leur effet de plein droit, sans autre avis, à la date à laquelle le contrat d'assurance SANTÉ MONACO 3 prend fin pour quelque raison que ce soit.

ARTICLE 7 – LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre les Assurés et les services d'AXA Assistance pourront être enregistrées.

Conformément aux articles 32 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'Assuré est informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de son appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans ces Conditions générales.

Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues par la convention.

Ces informations sont destinées à l'usage interne d'AXA Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives.

AXA Assistance est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Assistance met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant

aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011. Les données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude que la CNIL a autorisé AXA Assistance 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. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant, en vous adressant au Service Juridique d'AXA Assistance – 6, rue André Gide – 92320 Châtillon.

ARTICLE 8 – RÉCLAMATIONS ET DIFFÉRENDS

En cas de réclamation concernant la mise en œuvre des garanties du Contrat, les Assurés peuvent s'adresser au :

Service Gestion Relation Clientèle
6, rue André Gide
92320 Châtillon.

Si un désaccord subsiste, ils peuvent faire appel au Médiateur, personnalité indépendante :

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

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le tribunal français compétent.

ARTICLE 9 – PRESCRIPTION

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

Ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

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

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

ARTICLE 10 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

AXA Assistance France Assurances est soumise au contrôle prudentiel de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout – 75009 Paris.

Plus d'informations sur :
www.asaf.asso.fr ou www.afps.asso.fr

ASAF & AFPS

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00035 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) – **Action Familiale de Prévoyance Sociale** Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00037 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) – Sièges sociaux : 2740 chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 VALLAURIS – **AXA France Vie** - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA Banque - n°orias : 13 005 764 (www.orias.fr) – **AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex – Entreprises régies par le Code des assurances – **AXA Assistance** France - S.A. au capital de 23 840 020 euros - 311 338 339 R.C.S. NANTERRE - Siège social : 6, rue André Gide 92320 Châtillon – Entreprises régies par le Code des assurances