

ASAF
&
AFPS



IJH CONFORT PLUS



Indemnité Journalière Hospitalière

Votre santé a de l'avenir...

Association Santé et Action Familiale – Association Loi 1901 N° 3703 X73 – J.O. du 05/01/74 – C.N.I.L. N° 80738
Action Familiale de Prévoyance Sociale – Association Loi 1901 N° 3212 X70 – J.O. du 27/06/70 – C.N.I.L. N° 80738
20, chemin des Sables – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS Cedex

Contrats collectifs souscrits auprès d'AXA France Vie – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS ou d'AXA Assurance 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 – Sièges sociaux : 26, rue Drouot – 75009 PARIS
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) – 61, rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 09

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est souscrit par l'Association, appelée ci-après l'Association, dont le siège social se trouve 20, chemin des Sables – Boîte Postale N° 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX, auprès de AXA France Vie – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS ou de AXA Assurance 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 : 26, rue Drouot – 75009 PARIS appelées ci-après l'Assureur. Le contrat entre l'Association et l'Assureur se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée. À cette échéance l'Assureur s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Assurés. Ce contrat est réservé aux membres de l'Association appelés, ci-après, les Adhérents. Ce contrat peut également 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.

L'Assuré, personne sur laquelle repose l'assurance, est également Adhérent au contrat sauf mention contraire stipulée sur le certificat d'adhésion.

Il a pour objet de faire bénéficier les assurés d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation. 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. Le présent document représente la note d'information des garanties **IJH CONFORT PLUS** et reprend les conditions générales du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative précité. 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.

CONDITIONS D'ADMISSION

Sont admissibles dans le cadre d'une adhésion familiale obligatoire et sous réserve d'acceptation par l'Association dans la garantie choisie, les Adhérents ayant :

- moins de 65 ans lors de l'adhésion (par différence de millésime),
- rempli et signé pour chaque membre de la famille, la demande d'adhésion précisant la garantie choisie et le questionnaire de santé pour les options de garantie à partir de 24 € par jour,
- réglé les droits d'entrée et cotisations associatives dont les montants sont précisés ci-dessous "Cotisations",
- choisi une des 6 options de garantie indemnité journalière hospitalière :
 - l'option minimale s'élève à 8 € (option 1)
 - l'option maximale s'élève à 6 fois l'option 1

(les codes sont IJS pour les options à 8 et 16 € et IJB pour les autres options),

- souscrit pour l'ensemble de la famille la même option de garantie (seule dérogation possible : la non-inscription de l'ensemble des enfants).

L'Association peut demander, si le questionnaire de santé est nécessaire à l'adhésion (selon option de garantie choisie) et selon les réponses apportées, toutes justifications, visites ou examens complémentaires. Elle peut majorer la cotisation, modifier ou refuser les garanties. Dans chacun des cas l'Adhérent en est avisé préalablement.

COTISATIONS

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 0,25 €). En cas de paiement tardif et 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. En cas d'adhésion en cours de période 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.

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 le contrat 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.

Évolution des cotisations :

Les cotisations évoluent au 1^{er} janvier de chaque année :

- suivant l'évolution du PMSS au 1^{er} janvier de chaque année.

Et également :

- 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

Par ailleurs, les cotisations peuvent également être réajustées à une date différente de celle de l'échéance principale du 1^{er} janvier, dans ce cas, l'Adhérent peut mettre fin à son adhésion, par lettre recommandée, dans les 30 jours suivant la date où il a eu connaissance de la modification. La résiliation prend alors effet à la fin du mois suivant l'expédition de la lettre recommandée.

DÉBUT DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve des périodes d'attente ci-après, pour chaque Adhérent, à compter de la date indiquée sur son certificat d'adhésion, et sous réserve du paiement de la cotisation; cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Association.

GARANTIE

En cas d'hospitalisation, cette garantie permet à l'Adhérent et à la famille assurée de bénéficier d'une indemnité Journalière Hospitalière, choisie lors de la demande d'adhésion et précisée sur le certificat d'adhésion, dès le 1^{er} jour si l'hospitalisation dure plus de 3 jours, dans une Clinique ou un Hôpital.

Cette indemnité est majorée de 50% à partir du 21^{ème} jour consécutif d'hospitalisation.

Dans tous les cas cette Indemnité Journalière Hospitalière sera versée au maximum durant 365 jours, consécutifs ou non, pour une même affection et/ou accident.

L'indemnité journalière hospitalière est revalorisée suivant l'évolution du PMSS au 1^{er} janvier de chaque année.

PÉRIODES D'ATTENTE

Aucune période d'attente pour :

- Accident, maladies infectieuses (telles que définies ci-dessous)
- 6 mois : dans tous les autres cas.

LIMITE D'ÂGE – PROTECTION

Tant que l'Assuré règle ses cotisations, il reste assuré jusqu'à son 70^{ème} anniversaire (âge par différence de millésime).

DÉFINITIONS

HOSPITALISATION :

Séjour d'au moins 24 heures dans un hôpital public ou clinique privée, pour recevoir des soins qui ne pourraient pas être donnés valablement par un traitement ambulatoire (c'est à dire, hors de l'établissement).

MALADIES INFECTIEUSES :

Sont considérées comme telles les seules maladies suivantes : fièvre typhoïde ou paratyphoïde, varicelle, rubéole, coqueluche, oreillons, méningite cérébro-spinale, diphtérie, variole, tétanos, rougeole ou dysenterie.

ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Il est précisé que les maladies coronariennes, cardiaques ou vasculaires, les pathologies soudaines, les chocs émotifs, le surmenage, sont considérés comme des maladies et indemnisés comme telles.

PMSS :

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

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.

EXCLUSIONS

Ne sont pas garantis par le présent contrat les hospitalisations liées à :

- maternité, accouchement, maladie pré et postnatale,
- césarienne,
- fécondation in vitro et tout traitement relevant de la PMA (procréation médicalement assistée),
- maladies ou accidents survenus à l'Assuré, ainsi que leurs suites, s'ils sont occasionnés intentionnellement par celui-ci.

Maladies ou accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés par les causes suivantes :

- usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits,
- alcoolisme,
- pratique d'un sport à titre professionnel,
- participation de l'Assuré, en tant que concurrent, à des compétitions comportant l'utilisation de véhicules à moteur, ainsi qu'à leurs essais préparatoires,
- manipulation volontaire ou détention d'engins de guerre,
- participation à une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- actions de terrorisme ou de sabotage accomplies par l'Assuré,
- faits de guerre civile ou étrangère, émeutes, mouvements populaires dans les conditions prévues à l'article L 121-8 du Code des Assurances, si l'Assuré y a pris une part active,
- effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité,
- dommages dus aux effets de radiation provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- séjours de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie,
- séjours psychiatriques,
- séjours pour des soins qui pourraient être donnés par un traitement ambulatoire,
- cures de rajeunissement, séjours esthétiques ou diététiques de toute nature, ainsi que leurs suites et leurs conséquences,
- séjours de repos, de rééducation, de convalescence ou de postcure, à la mer, à la montagne ou à la campagne, cures thermales, thalasso-thérapie ainsi que les séjours en colonie sanitaire et en maison de santé à caractère sanitaire, et tout autre établissement similaire,
- accidents et maladies ou infirmités constatés par une autorité médicale avant la date de prise d'effet de l'adhésion ainsi que leurs suites si cette restriction est clairement indiquée sur le certificat d'adhésion,
- maladies et infirmités congénitales, (ainsi que leurs suites) relatives aux enfants nés pendant la durée du contrat, si la demande de l'adhésion de l'enfant au contrat a été adressée à l'Assureur plus de 2 mois après la date de naissance, et si l'ensemble de la famille (assuré, conjoint, enfant à charge) n'a pas été assuré par ce contrat depuis au moins 10 mois au jour de la naissance,
- séjours en centres hospitaliers dits de longs séjours ainsi que ceux pour personnes âgées dépendantes,
- séjours en clinique ou hôpital résultant de maladies mentales de quelque origine qu'elles soient,
- période militaire.

BNC & BIC :

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans la présente note d'information par les Travailleurs Non Salariaés non Agricoles, bénéficient des dispositions fiscales de la Loi N° 94-0126 du 11/02/94 et de son décret d'application N° 94-775 du 5/09/94 (Loi Madelin), à condition que :

- le contrat soit "Responsable" (voir définition Article 7),
- les revenus soient déclarés au titre des BNC ou BIC,
- les limites de déductibilité fiscale soient respectées (Article 154bis du C.G.I.).

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.

TERRITORIALITÉ :

Les garanties s'exercent en FRANCE et dans les autres pays lorsque le régime obligatoire français prend en charge l'hospitalisation. Le règlement des prestations est effectué en FRANCE et dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE.

Ces documents justificatifs devront être traduits si nécessaire.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux années à partir de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions prévues par le Code des Assurances.

RÉCLAMATIONS

Vos réclamations éventuelles doivent être adressées au centre de gestion ASAF/AFPS – Service Réclamations – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS Cedex.

Si elles ne trouvaient pas satisfaction, les cas de litiges seraient adressés au Service Qualité Relation Clientèle de l'assureur.

Si le désaccord subsiste, ce Service vous propose alors un recours gratuit au Médiateur et vous indique les modalités à suivre.

Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les trois mois suivant la date à laquelle il a été saisi. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

Le 1^{er} janvier.

RENOUVELLEMENT – RÉSILIATION

L'adhésion au contrat et à l'Association est effective pour une année au minimum, elle se renouvelle ensuite chaque année à la date d'échéance principale, fixée au 1^{er} janvier, par tacite reconduction.

Son éventuelle résiliation doit être faite, par lettre recommandée avec avis de réception, avec un préavis de deux mois, à l'issue de la première année d'assurance et ensuite à chaque échéance principale (1^{er} janvier) dans les mêmes formes et délais.

Elle peut avoir lieu à une autre date dans les cas et conditions prévus par le Code des Assurances.

La résiliation du fait de l'Adhérent ne peut être acceptée que dans la mesure où il est à jour de l'ensemble de ses cotisations.

En cas de défaut d'une seule échéance de règlement, s'appliquent les dispositions prévues par le Code des Assurances.

FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE

Sous peine de déchéance, l'Assuré doit obligatoirement effectuer les formalités suivantes en cas d'hospitalisation :

Dans les 8 jours, au plus tard, de la date d'entrée, il doit nous adresser :

- un bulletin de l'Établissement Hospitalier indiquant la date d'entrée,
- un certificat médical précisant la nature de la maladie ou accident, et la durée probable du séjour.

Dans les 15 jours de la date de sortie, il doit nous adresser :

- un bulletin de séjour précisant la durée exacte du séjour (date d'entrée – date de sortie).

L'Adhérent devra également fournir à l'Association ou à son médecin-conseil, tout document médical ou non permettant l'étude du dossier, toute précaution étant prise pour que le secret médical soit préservé.

TARIFICATION MENSUELLE T.T.C PAR ADHÉRENT (Y compris droits associatifs)

Âge de l'assuré à l'adhésion	- de 21ans	de 21 à 30ans	de 31 à 45ans	de 46 à 55ans	de 56 à 60ans	de 61 à 64ans
CODE IJS						
indemnité Journalière de 8€ / jour	1,70	1,85	2,00	2,50	3,00	3,15
indemnité Journalière de 16€ / jour	3,15	3,45	3,80	4,75	5,70	6,00
CODE IJB						
indemnité Journalière de 24€ / jour	4,55	5,05	5,55	6,95	8,40	8,90
indemnité Journalière de 32€ / jour	6,00	6,65	7,30	9,20	11,15	11,75
indemnité Journalière de 40€ / jour	7,45	8,25	9,05	11,45	13,85	14,65
indemnité Journalière de 48€ / jour	8,90	9,85	10,85	13,65	16,55	17,50

BÉNÉFICIAIRES :

L'adhérent souscripteur du contrat santé et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs. Leurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans vivant au domicile du souscripteur et fiscalement à sa charge. Leurs ascendants vivant au domicile du souscripteur. Ces bénéficiaires sont garantis dès lors qu'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion au contrat santé.

GARANTIES :

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge par AXA Assistance.

DOMAINE D'INTERVENTION :

Les garanties d'assistance sont acquises dans le cadre d'une hospitalisation supérieure à 5 jours ou d'une immobilisation au domicile supérieure à 8 jours suite à une atteinte corporelle grave.

LIMITES TERRITORIALES :

Les garanties d'assistance s'exercent en France métropolitaine y compris la Corse, Andorre, Monaco, les départements d'outre-mer et les territoires d'outre-mer.

GARDE DES ENFANTS :

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 5 jours et, si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation. AXA Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par le personnel qualifié.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés. Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

GARDE DES ENFANTS MALADES :

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire de moins de 15 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 8 jours consécutifs, et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour de l'incident, 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 1ère classe,
- soit sa garde par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

SOUTIEN PÉDAGOGIQUE :

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, AXA Assistance recherche et prend en charge 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 de la 11ème 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.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 5 heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 10 heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire. Ces cours sont dispensés au 16ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant pendant 2 mois maximum, hors jours fériés et vacances scolaires.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

AIDE MÉNAGÈRE :

À la demande du bénéficiaire, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile soit pendant sa durée d'immobilisation ou d'hospitalisation supérieure à 8 jours, soit dès son retour à son domicile.

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

AXA Assistance prend en charge 30 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.

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

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après bilan médical. Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

GARDE ET TRANSFERT DES ANIMAUX DOMESTIQUES (chien et chat uniquement) :

En cas d'hospitalisation supérieure à 8 jours et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, AXA Assistance organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 229 € par évènement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

EXCLUSIONS : sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- 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 états de grossesse à moins d'une complication imprévisible,
 - les interruptions volontaires de grossesse,
 - 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.
- Ainsi que les exclusions prévues dans le contrat santé.

MISE EN JEU DES GARANTIES :

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge. En cas d'évènement nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement :

par téléphone au 01 55 92 25 99

par télécopie au 01 55 92 40 50

par télégramme à AXA ASSISTANCE FRANCE - Le Carat - 6 rue André Gide - 92320 CHÂTILLON

Les conditions générales de la convention ASSISTANCE sont tenues à la disposition des bénéficiaires sur simple demande.