

Notice d'Information

Garantie Exonération des cotisations complémentaires santé selon conditions fixées sur la présente notice.



■ Du contrat d'assurance de groupe n° 4604 souscrit par la Mutuelle SMATIS FRANCE, sise au 6 rue du Piave – CS 90000 – 16920 Angoulême Cedex 9, immatriculée au répertoire SIRENE, sous le N° SIREN 781 166 293, au profit de ses adhérents, personnes physiques désignées ci-après auprès de AXA France Vie, immatriculé numéro 310 499 959 au R.C.S. Nanterre, et AXA France IARD, immatriculé numéro 722 057 460 au R.C.S. Nanterre, sises au 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex – ci-après dénommées les « ASSUREURS ».

AXA France Vie est l'Assureur pour les risques de DÉCÈS (DC) toutes causes ou accidentel, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT), HOSPITALISATION suite à un accident (HA), et de FRACTURE suite à un accident (FA), AXA France IARD est l'assureur pour le risque PERTE D'EMPLOI (PE).

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par INTER PARTNER ASSISTANCE – Succursale pour la France – 6, rue André Gide – 93320 Châtillon – Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro B 316 139 500 – SIRET numéro 316 139 500 00 011 – n° Intracommunautaire FR 42 316 139 500 – Code APE 65 12Z. Siège social : Avenue Louise 166 – 1050 Bruxelles – Belgique – S.A. de droit belge au capital de 11 702 613 euros – RCB/HRB 394025 – Entreprise d'Assurance agréée sous le n° BNB 0487, ci-après dénommée « L'ASSISTEUR ».

■ AXA France Vie, AXA France IARD et Inter Partner Assistance – Succursale pour la France sont des entreprises de droit français, régies par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution – 61, rue Taitbout – 75009 PARIS.

Pour tout renseignement sur les garanties, vous pouvez contacter SMATIS FRANCE.

Lexique

Les termes régulièrement utilisés dans cette notice sont définis ci-dessous :

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent résultant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. Ne constituent pas un accident : une lésion ou réaction de l'organisme causée par un effort, un choc émotionnel, des radiations ionisantes, des substances toxiques, médicamenteuses, l'usage de stupéfiants, une crise d'épilepsie ou de delirium tremens, une rupture d'anévrisme, un infarctus du myocarde, une embolie cérébrale ou une hémorragie méningée. L'accident doit survenir après la prise d'effet de l'adhésion au contrat.

Adhérent : Personne physique âgée de 18 ans ou plus, qui a adhéré au contrat principal « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE et, par voie de conséquence, au présent contrat dont il constitue l'accessoire.

Co-Adhérent : Le conjoint ou le concubin de l'Adhérent ou son partenaire lié par un PACS, bénéficiaire des prestations « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ », nommément désigné au contrat « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE par l'Adhérent en sa qualité d'ayant droit ou de bénéficiaire, sous réserve qu'il vive à la même adresse que ce dernier.

L'adhérent et le Co-Adhérent tel qu'il est défini ci-avant ont chacun la qualité d'ADHÉRENT au titre de la présente notice.

Assuré : Sont désignés sous le terme « Assuré » au titre du contrat N° 4604, l'Adhérent et le Co-Adhérent.

Délai de carence : Période consécutive à la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle le risque n'est pas couvert.

1 – Personnes assurables

Est admissible à l'assurance, toute personne physique âgée de 18 ans ou plus, ayant adhéré au contrat principal « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE dans le cadre d'une opération individuelle ou d'une opération collective à gestion individuelle en cours de validité, en qualité d'Adhérent ou de Co-Adhérent.

2 – Objet de la GARANTIE

La GARANTIE a pour objet de faire bénéficier l'ADHÉRENT de la prise en charge de ses cotisations « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » pour les risques définis au paragraphe 5, ainsi que d'un service d'accompagnement permettant de répondre aux problématiques personnelles qu'elles soient sociales, médicales ou juridiques décrit au paragraphe 7.

La GARANTIE est accessoire au contrat « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE et suit par conséquent les règles de fonctionnement de celui-ci définies au règlement mutualiste de SMATIS FRANCE. Elle cesse de plein droit en cas de résiliation pour quelle cause que ce soit du contrat « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE.

Définitions

Incapacité temporaire total de travail (ITT) : inaptitude temporaire totale à exercer son activité professionnelle rémunérée suite à une maladie ou un accident et justifiée médicalement.

Hospitalisation suite à un accident (HA) : tout séjour dans un Établissement hospitalier, faisant suite à un Accident afin d'y recevoir des soins ne relevant pas de cas figurant au paragraphe.

Exclusions. Est considéré comme Établissement hospitalier, un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes et des traitements auprès de personnes accidentées, possédant les autorisations administratives locales permettant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire. L'hospitalisation doit correspondre à une intervention d'urgence, c'est-à-dire non programmée et qui ne peut être reportée.

Fracture suite à un accident (FA) : Rupture violente d'un os ou d'un cartilage dur suite à un accident.

3 – Effet et durée de l'adhésion – Effet de la GARANTIE

3.1 – Effet de l'adhésion

■ Pour les souscriptions au contrat « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE à compter du 1^{er} janvier 2012 (date du changement d'assureurs de la GARANTIE), l'adhésion au contrat n° 4604 prend effet à la même date que celle de l'adhésion au contrat complémentaire santé SMATIS FRANCE.

■ Pour les souscriptions au contrat « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE antérieures au 1^{er} janvier 2012, l'adhésion s'est renouvelée automatiquement au 1^{er} janvier 2012.

3.2 – Effet de la garantie

Sous réserve des dispositions du paragraphe 5 « Risques assurés par les ASSUREURS et conditions de mise en jeu », la GARANTIE prend effet à la date d'effet de l'adhésion définie au paragraphe 3.1 et à l'expiration du Délai de carence prévu.

Le **Délai de carence** en cas d'Incapacité temporaire Totale de Travail est de **60 jours** continus décomptés entre la date d'effet de l'adhésion et le premier jour de l'arrêt de travail, si l'incapacité fait suite à une maladie. Le **Délai de carence** ne s'applique pas en cas d'Incapacité temporaire Totale de Travail suite à un accident. Le **Délai de carence** en cas de PERTE D'EMPLOI est de **120 jours** continus décomptés entre la date d'effet de l'adhésion et :

■ Pour les salariés, la date de convocation à l'entretien préalable au licenciement,

■ Pour les travailleurs non salariés, la date de dépôt auprès du tribunal de la demande de liquidation judiciaire.

Toute incapacité temporaire totale de travail suite à maladie ou toute perte d'emploi survenue avant ou au cours du Délai de carence ne donne pas droit à l'indemnisation.

4 – Durée, terme de l'adhésion et de la garantie

L'ADHÉRENT est couvert à partir de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat définie au paragraphe 3.1, pour une période expirant au 31 décembre de l'année de son adhésion. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque exercice. L'adhésion et la GARANTIE cessent automatiquement :

■ À la date d'effet de la résiliation du contrat principal « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE pour quelle que raison que ce soit ;

■ Au 31 décembre de l'année de la résiliation du contrat d'assurance de groupe n° 4604 ; L'ADHÉRENT en sera préalablement informé par SMATIS FRANCE au plus tard le 30 novembre de l'année de la résiliation ;

■ Et de plus pour le Co-Adhérent uniquement, au jour où il perd sa qualité de Co-Adhérent telle qu'elle est définie dans le lexique.

5 – Risques assurés par les ASSUREURS et conditions de mise en jeu

Synoptique des risques assurés, selon l'âge de l'ADHÉRENT à la date du sinistre

Âge de l'ADHÉRENT	Risques assurés
Avant son 60 ^{ème} anniversaire	DC toutes causes, ITT, PE
À compter de son 60 ^{ème} anniversaire jusqu'à ses 74 ans révolus	DC toutes causes, HA, FA
À compter de son 75 ^{ème} anniversaire jusqu'à ses 79 ans révolus	DC accidentel, HA, FA
À compter de son 80 ^{ème} anniversaire jusqu'à ses 84 ans révolus	DC accidentel, FA
À compter de son 85 ^{ème} anniversaire	DC accidentel

5.1 – ADHÉRENT âgé de moins de 60 ans

■ Décès toutes causes

Conditions pour sa mise en jeu : avoir moins de 60 ans à la date du décès.

■ ITT (Incapacité temporaire Totale de Travail)

Conditions pour sa mise en jeu : interrompre complètement, sur prescription médicale, pendant plus de 90 jours continus son activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée. L'ITT doit survenir avant la date de la mise en préretraite ou retraite et en tout état de cause avant 60 ans.

■ PE (Perte d'Emploi)

Conditions pour sa mise en jeu :

- pour un salarié, il s'agit de la rupture du contrat de travail de durée indéterminée en vigueur depuis plus de 12 mois continus auprès du même employeur suite à un licenciement. La Perte d'Emploi doit être notifiée avant la date de mise en retraite ou préretraite et en tout état de cause avant le 60^{ème} anniversaire de l'ADHÉRENT ET donner lieu au versement par Pôle emploi de l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE) pendant plus de 90 jours continus. De plus l'ADHÉRENT doit être inscrit auprès de Pôle emploi en tant que chômeur activement à la recherche d'un emploi ;

- pour un travailleur non salarié, il s'agit de la liquidation judiciaire de son entreprise. L'entreprise doit avoir au moins 36 mois continus d'existence à la date de déclaration de la cessation de paiement. La déclaration de cessation de paiement doit intervenir avant la date de mise en retraite ou préretraite et en tout état de cause avant 60 ans.

5.2 – ADHÉRENT âgé de 60 ans ou plus et de moins de 75 ans

■ Décès toutes causes

Conditions pour sa mise en jeu : avoir 60 ans ou plus et moins de 75 ans à la date du décès.

■ HA (Hospitalisation suite à Accident)

Conditions pour sa mise en jeu : être hospitalisé suite à un accident pendant plus de 30 jours continus dans un Établissement hospitalier. L'Accident doit nécessiter une hospitalisation immédiate ou au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'Accident et survenir entre le 60^{ème} et le 74^{ème} anniversaire révolu de l'ADHÉRENT.

■ FA (Fracture suite à Accident)

Conditions pour sa mise en jeu : la fracture doit survenir entre le 60^{ème} et le 74^{ème} anniversaire révolu de l'ADHÉRENT.

5.3 – ADHÉRENT âgé de 75 ans ou plus et moins de 80 ans

■ Décès accidentel

Conditions pour sa mise en jeu : avoir 75 ans ou plus et moins de 80 ans à la date du décès ET le décès doit survenir dans les 12 mois qui suivent l'Accident.

■ HA (Hospitalisation suite à Accident)

Conditions pour sa mise en jeu : être hospitalisé suite à un accident pendant plus de 30 jours continus dans un Établissement hospitalier. L'Accident doit nécessiter une hospitalisation immédiate ou au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'Accident et survenir entre le 75^{ème} et le 79^{ème} anniversaire révolu de l'ADHÉRENT.

■ FA (Fracture suite à Accident)

Conditions pour sa mise en jeu : la fracture doit survenir entre le 75^{ème} et le 79^{ème} anniversaire révolu de l'ADHÉRENT.

5.4 – ADHÉRENT âgé de 80 ans ou plus et moins de 85 ans

■ Décès accidentel

Conditions pour sa mise en jeu : avoir 80 ans ou plus et moins de 85 ans à la date du décès ET le décès doit survenir dans les 12 mois qui suivent l'Accident.

■ FA (Fracture suite à Accident)

Conditions pour sa mise en jeu : la fracture doit survenir entre le 80^{ème} et le 84^{ème} anniversaire révolu de l'ADHÉRENT.

5.5 – ADHÉRENT âgé de 85 ans ou plus

■ Décès accidentel

Conditions pour sa mise en jeu : avoir 85 ans ou plus à la date du décès ET le décès doit survenir dans les 12 mois qui suivent l'Accident.

6 – Prestations des ASSUREURS

En cas de survenance de l'un des risques assurés selon l'âge de l'ADHÉRENT, prise en charge de 100 % de la cotisation du contrat principal « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE, dans la limite de 2 500 Euros pour les risques de décès, décès accidentel, incapacité temporaire totale de travail, fracture suite à un accident, perte d'emploi ou hospitalisation suite à accident.

La cotisation du contrat principal « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE est égale au montant annuel de la cotisation « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE pour une formule et une composition de la famille assurée équivalente à celle existant au jour du sinistre.

Un même sinistre quelle que soit sa durée ne donne droit qu'à une seule prise en charge pendant la durée de l'adhésion.

Limites par année civile : UN sinistre par an par ADHÉRENT.

7 – Prestations de l'ASSISTEUR

Les prestations de l'ASSISTEUR ne peuvent être déclenchées qu'avec son accord préalable. L'ADHÉRENT doit, en premier lieu, appeler l'ASSISTEUR au 01 55 92 18 36 (en indiquant le numéro de convention 0801988) qui traitera sa demande.

Les prestations se décomposent en 2 niveaux :

Le premier niveau de prestations est acquis à l'ADHÉRENT en tout temps et à toute heure : il s'agit d'un service d'informations et conseils médicaux, d'accompagnement social, d'informations juridiques et vie pratique qui lui seront fournis par des spécialistes mis à sa disposition par l'ASSISTEUR.

Le second niveau de prestations consiste en un accompagnement et suivi personnalisé de l'ADHÉRENT face aux situations difficiles rencontrées en cas de survenance de l'un des risques assurés par les ASSUREURS. Dès la confirmation de la prise en charge du sinistre par les ASSUREURS, l'ASSISTEUR contactera l'ADHÉRENT. Ces prestations consistent en une information à l'ADHÉRENT et/ou à ses proches, une évaluation de ses besoins, une analyse de sa situation afin de lui proposer des solutions et les moyens à mettre en œuvre.

Ces prestations sont d'une durée maximale de 12 mois à compter de la survenance du risque.

Pour la Perte d'Emploi, la prestation Aide à la recherche d'emploi prend fin dès que l'ADHÉRENT reprend en tant que salarié ou non, une activité rémunérée totale ou partielle qu'elle qu'en soit la nature. L'ASSISTEUR procède à la constitution d'un dossier et met le bénéficiaire en relation avec un consultant spécialisé en recherche d'emploi. **Cette prestation est d'une durée maximale de 12 mois à compter de la date du licenciement ou de la liquidation judiciaire durant laquelle l'Assuré peut bénéficier de 6 entretiens téléphoniques avec un consultant spécialisé en recherche d'emploi.** Les prestations de premier ou de second niveau sont uniquement téléphoniques.

Toute précision sur les conditions générales et les modalités de mise en jeu des prestations d'assistance sont disponibles sur simple demande auprès de SMATIS FRANCE.

8 – Bénéficiaire des prestations

En cas d'ITT, de Perte d'emploi, de Fracture accidentelle ou d'Hospitalisation accidentelle de l'ADHÉRENT, le bénéficiaire des prestations est l'ADHÉRENT ; toutefois, les prestations sont versées exclusivement à la Mutuelle qui créditera le compte « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » de l'ADHÉRENT.

En cas de décès de l'adhérent, le bénéficiaire des prestations est :

- son conjoint survivant, à défaut son partenaire lié par un PACS survivant, à défaut à son concubin survivant,
- à défaut, aux enfants de l'ADHÉRENT nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'ADHÉRENT en application des règles de la dévolution successorale légale et ce, dès lors que le contrat principal « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » SMATIS FRANCE est résilié à l'échéance annuelle suivant le décès.

9 – Exclusions

Exclusions applicables à tous les risques : les suites et conséquences

- D'accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ;
- D'accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré : d'un fait intentionnel ;
- Le suicide ou la tentative de suicide au cours de l'année qui suit la date d'effet de l'adhésion ;
- Des accidents résultant de la consommation par l'Assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre ;
- De la consommation par l'Assuré de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement ;
- D'un fait de guerre civile ou étrangère ;
- D'un acte de terrorisme, d'un sabotage, d'un attentat, d'une émeute ou d'un mouvement populaire ;
- De rixes auxquelles l'assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel ;
- De la pratique de sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vol sur ailes volantes, deltaplane, parachutisme ascensionnel, parapente ;
- Des matchs, courses, paris, compétitions sportives sauf en tant qu'amateur ;
- Des risques de navigation aérienne autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;
- D'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute manière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.

Exclusions spécifiques au risque de ITT :

- L'incapacité de travail consécutive à une dépression nerveuse ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle ;

- L'incapacité de travail consécutive à une atteinte discale ou vertébrale ;
 - Les arrêts de travail correspondant aux périodes de complications pathologiques et de congé légal de maternité définies comme telles par la Sécurité sociale ;
 - Les arrêts de travail survenus hors du territoire européen, sauf si l'Assuré rejoint ce territoire, dans les douze mois suivant son arrêt de travail ; l'incapacité sera alors considérée comme ayant débuté à la date où elle aura été constatée médicalement après son retour.
- Exclusions spécifiques au risque de PERTE D'EMPLOI :**

- La démission ;
- La rupture du contrat de travail pendant ou au terme d'une période d'essai ;
- La rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée, visée aux articles L.1237-11 à L.1237-16 du code du travail ;
- Le licenciement pour faute grave ou lourde ;
- Le chômage partiel ou saisonnier ;
- La fin de contrat de travail à durée déterminée ou de contrat temporaire de travail ;
- Le licenciement si l'Assuré est salarié de son conjoint, d'un de ses ascendants ou descendants.

Exclusions spécifiques au risque de FRACTURE suite à accident :

- Les fractures pathologiques ou lorsqu'elles ne sont pas d'origine accidentelle ;
- La fracture due à l'ostéoporose lorsqu'elle est clairement mentionnée dans le compte rendu radiologique ou certificat d'hospitalisation comme étant la cause principale du dommage et/ou identifiée comme étant à l'origine de l'accident.

10 – Limites territoriales

Les risques sont applicables dans le monde entier, sous réserve des dispositions prévues ci-après et des exclusions visées au paragraphe ci-dessus « Exclusions ». Toutefois, une ITT est considérée comme survenue au jour de sa constatation par un médecin exerçant son activité dans un pays membre de l'Union Européenne et n'est indemnisée que sur justificatif émanant de l'un de ces pays.

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine uniquement.

11 – Formalités en cas de sinistre

Tout sinistre doit être déclaré dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 180 jours après sa survenance, s'agissant des sinistres ITT, PE et Hospitalisation. La déclaration doit être adressée à SMATIS FRANCE, 6 rue du PIAVE – CS 90000 – 16920 ANGOULÊME Cedex 9. Pour l'instruction du dossier, les pièces suivantes devront être communiquées :

Pour le décès :

- Un extrait d'acte de décès ;
- La Carte Nationale d'Identité du bénéficiaire ;
- Un certificat médical indiquant la cause exacte de celui-ci ;
- Le procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police.

Pour l'incapacité temporaire totale de travail :

- Les décomptes de règlement d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail ou une attestation de l'employeur justifiant la période d'arrêt de travail et le motif à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.
- Le formulaire de déclaration d'arrêt de travail fourni par les Assureurs constitué du questionnaire à compléter par l'Assuré et de l'attestation médicale à faire remplir par son médecin traitant ; ce document est à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil des Assureurs.

Pour la perte d'emploi :

Si l'ADHÉRENT est salarié :

- Le certificat de travail du dernier employeur ;
- Copie de la lettre de convocation à l'entretien préalable notifiant le licenciement adressée par l'employeur ;
- Copie de la lettre de licenciement ;
- Copie de l'attestation destinée au Pôle emploi à remplir par l'employeur ;
- Copie de l'avis d'admission à l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) versée par Pôle emploi ou par un organisme prévu à l'article L.351-12 du Code du Travail ;
- Les justificatifs de paiement de ladite allocation à compter du 1^{er} jour d'indemnisation par Pôle emploi (les justificatifs de prolongation doivent être fournis au fur et à mesure).

Si l'ADHÉRENT est travailleur non salarié :

- Copie du K-Bis de l'entreprise ;
- Copie du jugement du tribunal de commerce prononçant la mise en liquidation judiciaire de l'entreprise.

Pour l'hospitalisation suite à accident :

- Le bulletin de situation fourni par l'hôpital ;
- Un certificat médical indiquant les circonstances de l'Accident.

Pour la fracture suite à accident :

Le compte rendu radiologique et le certificat d'hospitalisation.

À l'exception du risque de Décès, les ASSUREURS se réservent le droit de requérir toutes autres pièces en rapport avec les conditions d'application de la garantie. Le règlement du sinistre ne peut intervenir que si le dossier est COMPLET.

12 – Cotisation

Le montant de la cotisation commerciale est de 13,20 Euros TTC par an et par adhérent à la Mutuelle. La cotisation est appelée avec la cotisation complémentaire santé suivant les mêmes règles de fractionnement telles que définies à l'adhésion. La cotisation est due dans son intégralité pour l'année en cours. Elle est révisable tous les ans à la date d'échéance du contrat collectif. Ce montant intègre la taxe sur les conventions d'assurance et d'assistance qui, en l'état actuel de la législation fiscale, sont de 9 % sur les garanties d'assurance et sur les prestations d'assistance. Toute augmentation de la taxe existante ou toute nouvelle taxe sera répercutée sur la cotisation commerciale.

13 – Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances et les articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après :

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

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

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.»

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription figurent dans les articles 2240 à 2246 du Code civil :

Article 2240 du Code civil - « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil - « La demande en justice, même en référé, 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 2242 du Code civil - « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 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 2244 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 2245 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 2246 du Code civil - « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

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.»

14 – Médiation

Pour tout différend relatif à la garantie, l'ADHÉRENT doit selon la nature du litige, s'adresser aux ASSUREURS à l'adresse suivante :

**AXA SOLUTIONS COLLECTIVES - Service Réclamation Clientèle
313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre CEDEX**

ou s'agissant des prestations d'Assistance à l'adresse suivante :

**INTER PARTNER ASSISTANCE - Service Gestion Relation Clientèle
6, rue André Gide 92328 CHÂTILLON**

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé réception lui sera adressé dans un délai 8 jours et une réponse lui sera alors adressée dans un délai 40 jours (sauf circonstances particulières dont il sera tenu informé). Enfin, et dans la mesure où aucune solution n'a été trouvée, l'assuré pourra ensuite faire appel au **Médiateur de l'assurance**, en écrivant à :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 75441 Paris cedex 09

personnalité indépendante, dont les coordonnées sont communiquées ci-dessus. Ce recours est gratuit. Le Médiateur de l'assurance formulera un avis dans les 3 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent. En application de la Loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée, l'assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses mandataires, de ses réassureurs et organisations professionnelles concernées. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à :

**AXA - Service Information Clients - 313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE CEDEX**

15 – Loi Informatique et Libertés

L'Assuré a reconnu être informé, conformément à l'article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée étudiée qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA – SERVICE INFORMATIONS CLIENTS – 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex – pour toute information le concernant.

Les Assureurs, responsables du traitement de son adhésion, peuvent communiquer ses réponses, ainsi que les données le concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de son dossier, à leurs mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de son dossier.

■ POUR NOUS APPELER : **0977 400 400**

■ FAITES-VOUS RAPPELER GRATUITEMENT DEPUIS www.smatif.fr