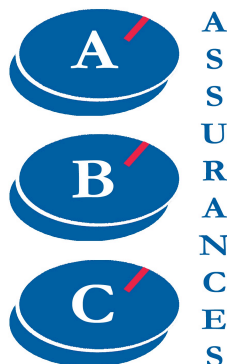


Novembre 2017



Axa-Assurances
SARL ABC ASSURANCES
2 Avenue de Verdun
B.P. 44077
25114 BAUME-LES-DAMES Cedex
et



Fondation Cité internationale universitaire de Paris
17, boulevard Jourdan
75014 Paris

**Extrait des garanties proposées dans le cadre de
la “ Carte de Chercheur Invité ”
et instructions à suivre en cas de sinistre**

**A LIRE ATTENTIVEMENT
ET A CONSERVER**

Attention, seuls les originaux des contrats souscrits par la CiuP font foi ; la présente documentation, aussi complète que possible, n'est qu'un extrait des textes réglementaires régissant lesdits contrats. Les textes réglementaires peuvent être demandés à ABC Assurances directement ou auprès de la CiuP/FnAK.

D) EXTRAIT DES GARANTIES

ASSURANCE SANTE 1^{ER} EURO

Cette assurance est à adhésion facultative.

Groupe assuré :

Ensemble des chercheurs et doctorants étrangers qui viennent en France aux fins de mener des travaux de recherche scientifique ou de dispenser un enseignement de niveau universitaire, non affiliés à la Sécurité Sociale et titulaires de la Carte de Chercheur invité, à l'exception des chercheurs, doctorants ou membres de leur famille bénéficiant d'un visa sanitaire.

Ils prennent la qualité d'adhérents.

Objet de la garantie :

Il s'agit de verser des prestations en nature au 1^{er} euro sur la base du remboursement de l'assureur dans la limite des frais réels engagés. La base de remboursement de l'assureur est reconstituée par assimilation des actes à la base de remboursement de la Sécurité Sociale Française en vigueur.

Adhérents :

Pour adhérer au contrat, le chercheur ou doctorant doit :

- appartenir au groupe assuré
- être âgé de moins de 65 ans

Bénéficiaires de la garantie :

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

- son conjoint, non divorcé ni séparé judiciairement ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale. Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus : son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou, à défaut, son concubin (non marié ni lié à un pacte à un tiers), s'il ne bénéficie pas d'un régime de Sécurité Sociale. Selon le cas, une copie du Pacte Civil de Solidarité ou un justificatif de domicile commun devra être communiqué à l'assureur.
- ses enfants et ceux de son conjoint s'ils sont à charge au sens de la Sécurité Sociale et sont âgés de moins de 20 ans.

Début de la garantie :

L'adhérent bénéficie de notre garantie à la date de son entrée dans le groupe quand il devient membre après la date d'effet du contrat. Nous remboursons les soins dont la date figurant sur la feuille de soins est comprise entre le début et la fin des garanties.

Cessation de garanties :

L'adhérent et donc ses ayants droit cessent de bénéficier de la garantie dès :

- qu'il sort du groupe assuré
- l'attribution de la pension vieillesse ou pension pour inaptitude au travail
- la résiliation du contrat

Une fois admis au contrat, l'adhérent ne peut en être exclu contre son gré, tant qu'il fait partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, à la condition que la cotisation ait été payée.

Exclusions :

Elles sont les mêmes pour les 2 formules : recherche et traitement de la stérilité, procréation médicalement assistée, chirurgie esthétique et de confort, tentative de suicide et ses suites, ... et les exclusions prévues par le Code des Assurances.

VOTRE CONTRAT

Les remboursements

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, sur le territoire français métropolitain, la garantie prévoit le versement de prestations en nature au 1er euro sur la base du remboursement de l'assureur dans la limite des frais réels engagés.

La base de remboursement de l'assureur est reconstituée par assimilation des actes à la base de remboursement de la Sécurité sociale française en vigueur.

L'adhérent a le choix entre deux formules de garanties : Formule 1 et Formule santé + réservé aux adhérents dont la durée de séjour en France est fixée à un an minimum.

Nature des prestations	Le montant des remboursements (dans la limite des frais réels)	
	Formule 1	Formule Santé+
La médecine courante :		
Pour les médecins :		
- les consultations- les visites généralistes	100% de la BRA	150% de la BRA
- les consultations – les visites spécialistes	100% de la BRA	150% de la BRA
- les consultations - les visites psychiatriques dans la limite de 6 consultations par an et par bénéficiaire	100% de la BRA	150% de la BRA
- les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie	100% de la BRA	150% de la BRA
Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux* :	100% de la BRA	150% de la BRA
- les infirmiers, les kinésithérapeutes,		
- les orthophonistes, les orthoptistes,...		
La médecine douce :		
les séances d'ostéopathie, de chiropraxie ou d'acupuncture (1), dans la limite globale par an et par bénéficiaire :		
- de quatre séances ;		
- et d'un forfait de :	Non garanti	20 euros par séance
Les examens médicaux :	100% de la BRA	150% de la BRA
- les analyses biologiques		
- les actes d'imagerie, échographie et doppler		

(1) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecin

* avec demande d'entente préalable

VOTRE CONTRAT

Nature des prestations

Le montant des remboursements (En complément de la Sécurité sociale et dans la limites des frais réels)

	Formule 1	Formule Santé+
La prévention :		
Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, dans la limite annuelle, de :	6% du PMSS	6% du PMSS
Une consultation , prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans	1,00 % du PMSS	1,00% du PMSS
Le Dépistage de l'hépatite B	100% de la BRA	100% de la BRA
Un détartrage annuel complet sus et sous gingival effectué en deux séances maximum	100% de la BRA	100% de la BRA
Les frais de transport	100% de la BRA	100% de la BRA
La pharmacie (1)	100% de la BRA	100% de la BRA
Le dentaire :		
Les consultations et soins courants (hors inlays onlays)	100% de la BRA	100% de la BRA
Les inlays onlays	100% de la BRA	200% de la BRA
Les prothèses dentaires (sous couvert d'acceptation de l'assureur via l'entente préalable)	100% de la BRA dans la limite annuelle, <u>par</u> <u>bénéficiaire</u> , de 250 euros	200% de la BRA dans la limite annuelle, <u>par</u> <u>bénéficiaire</u> , de 500 euros
Les frais d'orthopédie dentofaciale (orthodontie) (sous couvert d'acceptation de l'assureur via l'entente préalable et début des soins avant le 16ème anniversaire)	100% de la BRA	200% de la BRA
L'optique		
- La monture		
- Les verres (pour les deux verres) dans la limite des FR, les FR étant limités à 20 % du PMSS (pour un verre la garantie est réduite de moitié)	100% de la BRA + forfait de 60 euros	150% de la BRA + forfait de 160 euros
(remboursement limité à une paire de verres lunettes par année civile et par bénéficiaire et une monture tous les deux ans)		
- Les lentilles de contact correctrices (remboursement limité par année civile et par bénéficiaire)		
(1) Les frais pharmaceutiques donnent lieu à remboursement à condition que l'achat ou le renouvellement ait fait l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin ou chirurgien qualifié, que la vente soit effectuée par un pharmacien diplômé ou une personne autorisée légalement à faire commerce de pharmacie.		

VOTRE CONTRAT

Nature des prestations	Le montant des remboursements (En complément de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels)	
	Formule 1	Formule Santé+
L'auditif avec entente préalable *:	100% de la BRA	150% de la BRA + forfait de 60 euros
- Les prothèses auditives		
Les appareillages et prothèses diverses * (hors prothèses dentaires et auditives)	100% de la BRA	150% de la BRA + forfait de 60 euros
L'hospitalisation y compris en maternité		
- Les frais de séjour (établissement public ou privé)		
- l'hospitalisation médicale	100% de la BRA	200% de la BRA
- l'hospitalisation chirurgicale	100% de la BRA	200% de la BRA
- hospitalisation en service, clinique ou hôpital psychiatrique)	Non garanti	FR limité à 4000 euros par an et par bénéficiaire
- les honoraires médicaux et chirurgicaux	100% de la BRA	200% de la BRA
- le forfait journalier	100% du forfait journalier	100% du forfait journalier
- la chambre particulière y compris en maternité (prise en charge dans limite maximum de 20 jours)	100% FR, les FR étant limités à 30 euros par jour	100% FR, les FR étant limités à 40 euros par jour
- le lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	Non garanti	20 euros par jour
La maternité		
- frais de suivi de grossesse	100% de la BRA	150% de la BRA
- frais d'accouchement (2)	Non garanti	200% de la BRA
- chambre particulière (2)	Non garanti	100% FR, les FR étant limités à 40 euros par jour
- allocation de bienvenue (2) si nouveau- né assuré dans les 15 jours suivant la naissance	Non garanti	5 % du PMSS

Quelques définitions

BRA: Base de remboursement de l'assureur reconstituée par assimilation des actes à la base de remboursement de la Sécurité sociale française.

PMSS: Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité Sociale fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

FR: Frais réels.

***avec demande d'entente préalable.**

(2) Pour chaque enfant né de l'adhérente ou du conjoint de l'adhérent **au moins 10 mois après l'entrée dans l'assurance.**

PREVOYANCE

Cette assurance est à adhésion facultative.

Groupe assuré :

Ensemble des chercheurs et doctorants étrangers qui viennent en France aux fins de mener des travaux de recherche scientifique ou de dispenser un enseignement de niveau universitaire et titulaires de la Carte de Chercheur invité, à l'exception des chercheurs, doctorants ou membres de leur famille bénéficiant d'un visa sanitaire.

Ils prennent la qualité d'adhérents.

Objet de la garantie :

Il s'agit de verser les prestations décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites se réalise pendant la durée de validité du contrat.

Adhérents :

Pour adhérer au contrat, le chercheur ou doctorant doit :

- appartenir au groupe assuré
- être âgé de moins de 65 ans

Base de l'assurance :

La base de l'assurance est le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

Bénéficiaires :

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le capital est versé à l'assuré.

En cas de décès de l'assuré, les sommes dues seront versées aux bénéficiaires désignés ci-après :

- le conjoint de l'assuré,
- à défaut, les enfants nés ou à naître de l'assuré, par parts entre eux, la part du prédécédé revenant aux héritiers de ce dernier,
- à défaut, les héritiers de l'assuré.

Si l'adhérent souhaite désigner un autre bénéficiaire que ceux désignés ci-dessus, il devra le signaler par écrit à l'assureur.

Base des prestations :

La base des prestations est égale à tout ou partie de la base de l'assurance visée ci-dessus en vigueur au jour de la date du sinistre.

Début de la garantie :

L'adhérent bénéficie de notre garantie

- dès la date d'effet du contrat quand il est déjà membre du groupe,
- à la date de son entrée dans le groupe assuré quand il devient membre après la date d'effet du contrat.

Cessation de garanties :

L'adhérent cesse de bénéficier de la garantie dès :

- qu'il sort du groupe assuré
- la résiliation du contrat.

Garanties Décès ou Perte Totale Irréversible d'Autonomie

Niveau des garanties :

OPTION	% PASS	Capital garanti en 2017
Option 1	50%	19 614.00 euros
Option 2	100%	39 228.00 euros
Option 3	200%	78 456.00 euros

MULTIRISQUE HABITATION CONFORT

Cette assurance est à adhésion facultative.

Groupe assuré :

Ensemble des chercheurs et doctorants étrangers qui viennent en France aux fins de mener des travaux de recherche scientifique ou de dispenser un enseignement de niveau universitaire et titulaires de la Carte de Chercheur invité, à l'exception des chercheurs, doctorants ou membres de leur famille bénéficiant d'un visa sanitaire.

Ils prennent la qualité d'adhérents.

Adhérents :

Pour adhérer au contrat, le chercheur ou doctorant doit :

- appartenir au groupe assuré
- être âgé de moins de 65 ans

Garantie :

Consulter les Conditions Générales en cliquant sur ce lien : **AJOUTER LES CONDITIONS GENERALES HABITATION**

Tarif :

devis personnalisé adressé par mail après réception du formulaire de demande de garantie.

Bénéficiaires de la garantie :

L'adhérent et sa famille résidant avec lui bénéficient de la garantie. Les membres de sa famille sont définis ci-après :

- son conjoint, non divorcé ni séparé judiciairement. Est assimilé au conjoint, son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou, à défaut, son concubin (non marié ni lié à un pacte à un tiers),
- ses enfants et ceux de son conjoint

Début de la garantie :

L'adhérent bénéficie de notre garantie à la date de son entrée dans le groupe quand il devient membre après la date d'effet du contrat.

Cessation de garanties :

L'adhérent et donc ses ayants droit cessent de bénéficier de la garantie dès :

- qu'il sort du groupe assuré
- la résiliation du contrat

RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE

Cette assurance est à adhésion facultative.

Groupe assuré :

Ensemble des chercheurs et doctorants étrangers qui viennent en France aux fins de mener des travaux de recherche scientifique ou de dispenser un enseignement de niveau universitaire et titulaires de la Carte de Chercheur invité, à l'exception des chercheurs, doctorants ou membres de leur famille bénéficiant d'un visa sanitaire.

Ils prennent la qualité d'adhérents.

Garantie :

Le présent contrat garantit les conséquences pécuniaires de la responsabilité encourue par les personnes assurées si un dommage corporel, matériel ou immatériel est causé à un tiers dans le cadre de leur vie privée.

Ces dommages peuvent être causés par :

- les personnes ayant la qualité d'assuré
- les biens et les animaux domestiques dont elles sont responsables.

Adhérents :

Pour adhérer au contrat, le chercheur ou doctorant doit :

- appartenir au groupe assuré
- être âgé de moins de 65 ans

Bénéficiaires de la garantie :

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

- son conjoint, non divorcé ni séparé judiciairement ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale. Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus : son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou, à défaut, son concubin (non marié ni lié à un pacte à un tiers), s'il ne bénéficie pas d'un régime de Sécurité Sociale. Selon le cas, une copie du Pacte Civil de Solidarité ou un justificatif de domicile commun devra être communiqué à l'assureur.
- ses enfants et ceux de son conjoint s'ils sont à charge au sens de la Sécurité Sociale et sont âgés de moins de 20 ans.

Début de la garantie :

L'adhérent bénéficie de notre garantie à la date de son entrée dans le groupe quand il devient membre après la date d'effet du contrat.

Cessation de garanties :

L'adhérent et donc ses ayants droit cessent de bénéficier de la garantie dès :

- qu'il sort du groupe assuré
- la résiliation du contrat

Exclusions :

1/ Les dommages ou aggravation des dommages :

- intentionnellement causés ou provoqués par les personnes ayant la qualité d'assuré, ou avec leur complicité ;
- résultant d'un fait ou d'un événement dont l'assuré avait connaissance lors de la souscription, et de nature à entraîner la garantie du contrat ;
- causés par tout combustible nucléaire ou par toute autre source de rayonnements ionisants ;
- résultant de la contamination par quelque virus que ce soit ;
- relevant de l'assurance construction obligatoire ;
- résultant de la participation à une bagarre (sauf cas de légitime défense), à des émeutes et mouvements populaires,

2/ Les dommages résultant :

- des activités qui ne relèvent pas de la vie privée, même exercées à titre temporaire ;

- des activités sportives exercées dans les associations, les clubs, fédérations qui ont assuré leurs adhérents ;
- de la chasse ;
- de la fourniture par l'assuré de substances et choses prohibées par la Loi et les règlements en vigueur,

3/ Les dommages causés aux personnes assurées,

4/ Les conséquences d'engagements contractuels,

5/ Les dommages causés :

- par les appareils de navigation aérienne, des véhicules terrestres à moteur soumis à l'obligation d'assurance ;
- par des bateaux à moteur ;
- aux biens confiés, loués ou empruntés par toute personne assurée,

6/ Les dommages matériels et immatériels causés par un incendie ou un dégât des eaux ayant pris naissance ou survenus dans des locaux dont l'assuré est propriétaire, locataire ou occupant,

7/ Les dommages immatériels qui ne résultent pas de dommages corporels ou matériels garantis.

En outre, ne sont pas couverts :

- les amendes et pénalités,
- les espèces, titres et valeurs,
- les dépenses effectuées pour éviter un sinistre.

Montants des garanties et des franchises Responsabilité Civile Vie Privée :

Dans tous les cas, la garantie Responsabilité Civile Vie Privée est limitée à 100 000 000.00 euros (non indexés) tous dommages confondus avec Maximum :

- Dommages corporels : 100 000 000.00 euros.

- Dommages matériels et immatériels : 1500 fois l'indice dont 300 fois l'indice en dommages immatériels.

300 fois l'indice pour les dommages matériels et immatériels causés aux biens confiés lors de stages rémunérés
ou non.

- Dommages exceptionnels : limitation spéciale de 6 100 000.00 euros (non indexés).

La garantie s'appliquera sans franchise.

Objet des garanties Défense Recours :

Défense : l'assureur assure la Défense de l'assuré contre les réclamations de tiers relatives aux dommages garantis par le contrat et prend en charge les frais et honoraires nécessités par cette défense.

Recours : l'assureur s'engage à réclamer à ses frais (amicalement ou judiciairement), à tout tiers responsable, la réparation des dommages subis par l'assuré et qui ont trait à l'une des garanties souscrites.

Cette garantie s'applique exclusivement aux dommages corporels et éventuellement aux dommages matériels qui en découlent.

Montant de la garantie Défense Recours :

La présente garantie s'exerce à concurrence d'une somme de 30 fois l'indice. Les recours doivent être d'un montant supérieur à 0.50 fois l'indice.

Indice 2014 : 914.40.

ASSISTANCE

Cette assurance est à adhésion facultative.

Groupe assuré :

Ensemble des chercheurs et doctorants étrangers qui viennent en France aux fins de mener des travaux de recherche scientifique ou de dispenser un enseignement de niveau universitaire et titulaires de la Carte de Chercheur invité, à l'exception des chercheurs, doctorants ou membres de leur famille bénéficiant d'un visa sanitaire..

Ils prennent la qualité d'adhérents.

Adhérents :

Pour adhérer au contrat, le chercheur ou doctorant doit :

- appartenir au groupe assuré
- être âgé de moins de 65 ans

Garantie :

En cas de décès d'un bénéficiaire en France métropolitaine :

1/ Rapatriement de corps en cas de décès, vers le pays d'origine

Le service assistance organise et prend en charge le transport de la dépouille mortelle ainsi que les démarches administratives liées, jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays d'origine.

Dans ce cas, le service d'assistance prend en charge également le coût du cercueil, lié au transport organisé par le service d'assistance, à hauteur de 763.00 euros TTC maximum.

Tous les autres frais, notamment ceux de cérémonie et d'inhumation, ne sont pas pris en charge.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, ...) est du ressort exclusif du service assistance.

L'inhumation en France métropolitaine ou tout autre pays que le pays d'origine ne donnera lieu ni à une organisation par le service assistance, ni à une prise en charge du transport de corps et de cercueil.

2/ Retour définitif vers le pays d'origine des autres bénéficiaires

En cas de décès d'un bénéficiaire et lorsque les autres bénéficiaires vivant sous le même toit sont déclarés au contrat, décident d'un retour définitif vers le pays d'origine, le service assistance organise et prend en charge leur transport de France métropolitaine jusqu'au pays d'origine, en avion classe économique.

Définition :

Peuvent être bénéficiaires : tout membre du groupe assuré adhérent ainsi que son conjoint ou concubin, et ses enfants vivant sous le même toit et à charge au sens fiscal du terme.

Territorialité : France métropolitaine (y compris Principauté de Monaco).

COMPLEMENTAIRE SANTE

Cette assurance est à adhésion facultative.

Groupe assuré :

Ensemble des chercheurs et doctorants étrangers qui viennent en France aux fins de mener des travaux de recherche scientifique ou de dispenser un enseignement de niveau universitaire, affiliés à la Sécurité Sociale et titulaires de la Carte de Chercheur invité, à l'exception des chercheurs, doctorants ou membres de leur famille bénéficiant d'un visa sanitaire.

Ils prennent la qualité d'adhérents.

Objet de la garantie :

Il s'agit de verser des prestations en nature complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité Sociale. Elles concernent l'adhérent et les personnes visées au paragraphe bénéficiaires pour lesquels il ouvre droit à garantie (ayants droit).

Adhérents :

Pour adhérer au contrat, le chercheur ou doctorant doit :

- appartenir au groupe assuré
- être âgé de moins de 65 ans
- être affilié à un régime obligatoire de la Sécurité Sociale

Bénéficiaires de la garantie :

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

- son conjoint, non divorcé ni séparé judiciairement ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale. Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus : son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou, à défaut, son concubin (non marié ni lié à un pacte à un tiers), s'il ne bénéficie pas d'un régime de Sécurité Sociale. Selon le cas, une copie du Pacte Civil de Solidarité ou un justificatif de domicile commun devra être communiqué à l'assureur.
- ses enfants et ceux de son conjoint :
 - s'ils sont à charge au sens de la Sécurité Sociale et sont âgés de moins de 20 ans,
 - s'ils sont âgés de moins de 28 ans et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - être affilié au régime de la Sécurité Sociale des étudiants
 - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance
 - être à la recherche d'un premier emploi, inscrit à l'ANPE et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois
 - Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo demandeurs d'emploi
 - quel que soit leur âge, percevoir l'une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.

Début de la garantie :

L'adhérent bénéficie de notre garantie à la date de son entrée dans le groupe quand il devient membre après la date d'effet du contrat. Nous remboursons les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité Sociale est comprise entre le début et la fin des garanties.

Cessation de garanties :

L'adhérent et donc ses ayants droit cessent de bénéficier de la garantie dès :

- qu'il sort du groupe assuré

- l'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale ou pension pour inaptitude au travail
- la résiliation du contrat

Une fois admis au contrat, l'adhérent ne peut en être exclu contre son gré, tant qu'il fait partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, à la condition que la cotisation ait été payée.

VOTRE CONTRAT

Nature des prestations	Le montant des remboursements (dans la limite des frais réels) <i>remboursement de la Sécurité Sociale compris</i>
Formule 100	
La médecine courante :	
Pour les médecins :	
- les consultations - les visites généralistes	100% de la BR
- les consultations – les visites spécialistes	100% de la BR
- les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie	100% de la BR
Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux * :	
- les infirmiers, les kinésithérapeutes,	100% de la BR
- les orthophonistes, les orthoptistes,...	100% de la BR
La médecine douce :	
les séances d'ostéopathie, de chiropraxie ou d'acupuncture	
(1), dans la limite globale par an et par bénéficiaire :	
- de trois séances ;	
- et d'un forfait de :	1.75% du PMSS
Les examens médicaux :	
- les analyses biologiques	100% de la BR
- les actes d'imagerie, échographie et doppler	
(1) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.	
Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).	
Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.	
La prévention :	
Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, dans la limite annuelle, de :	6% du PMSS
Une consultation , prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans	1.25% du PMSS
Le Dépistage de l'hépatite B	100% de la BR
Un détartrage annuel complet sus et sous gingival effectué en deux séances maximum	100% de la BR
Les frais de transport	100% de la BR
La pharmacie	100% de la BR

* avec demande d'entente préalable

VOTRE CONTRAT

Nature des prestations	Le montant des remboursements (dans la limite des frais réels) <i>remboursement de la Sécurité Sociale compris</i>
Le dentaire	
Les consultations et soins courants (hors inlays onlays)	100 % de la BR
Les inlays onlays	100 % de la BR
Les prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale cités ci-après et réalisés en France, dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire :	100 % du forfait
- les piliers de bridge sur dent saine, sur la base d'un forfait de 4 % du PMSS par pilier,	
- les implants dentaires sur la base d'un forfait de 5 % du PMSS pour la pose de l'implant (phase opératoire), 1,50 % du PMSS pour le faux moignon implantaire, 4 % du PMSS pour la pose de la couronne sur implant.	
Les frais d'orthopédie dentofaciale pris en charge par la Sécurité sociale	100 % of RB
L'optique	
- Le forfait optique (verres et monture) (remboursement limité à une paire de lunettes par année civile et par bénéficiaire)	6 % du PMSS
- Les lentilles de contact correctrices (remboursement limité par année civile et par bénéficiaire)	2 % du PMSS
- L'opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser (par oeil)	10 % du PMSS
L'auditif	
- Les prothèses auditives	100 % de la BR
Les appareillages et prothèses diverses * (hors prothèses dentaires et auditives) Garantie correspondant à l'appareillage d'une oreille, dans la limite d'un équipement stéréophonique (deux oreilles) tous les quatre ans par bénéficiaire	
	100 % de la BR
L'hospitalisation	
- Les frais de séjour (établissement public ou privé)	
- l'hospitalisation médicale	100 % FR - MR ^a
- l'hospitalisation chirurgicale	100 % FR - MR ^a
- les honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % de la BR
- le forfait journalier	100 % du forfait journalier
- la chambre particulière	1,5 % du PMSS
- le lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	1,00 % of MLSS

^aEn cas d'hospitalisation dépourvu d'agrément avec le gouvernement pour les frais (hôpital non conventionné), ces coûts ne sont remboursés que jusqu'à **90 %** des frais réels, moins le montant du remboursement de la Sécurité sociale au lieu de jusqu'à 100 %.

Quelques définitions

MR : Montant du remboursement de la Sécurité sociale

BRA : Base de remboursement de l'assureur reconstituée par assimilation des actes à la base de remboursement de la Sécurité sociale française.

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité Sociale fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

FR : Frais réels.

La maternité

- un forfait destiné à couvrir les frais liés à un accouchement 6 % du PMSS

Les cures thermales

- les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport 6 % du PMSS

Les obsèques

En cas de décès d'un bénéficiaire, nous remboursons à la personne chargée d'organiser les obsèques un montant limité aux frais réels, et nous mettons à disposition un service d'informations par téléphone sur les démarches et formalités à accomplir en cas de décès 150% du PMSS

Services liés aux garanties optique, prothèses dentaires et prothèses auditives : l'analyse gratuite du devis

Il permet à l'adhérent d'obtenir gratuitement un avis de spécialiste sur la prestation ou l'équipement proposé par son professionnel de santé ainsi que sur la facturation par rapport au marché.

En fonction de ces informations, l'assuré reste libre d'accepter la prestation et le tarif proposés par son professionnel de santé, et de remettre en cause ou de faire jouer la concurrence.

Quelques définitions

MR : Montant du remboursement de la Sécurité sociale

BRA : Base de remboursement de l'assureur reconstituée par assimilation des actes à la base de remboursement de la Sécurité sociale française.

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité Sociale fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

FR : Frais réels.

VOTRE

Nature des prestations	Le montant des remboursements (dans la limite des frais réels) <i>remboursement de la Sécurité Sociale compris</i>
Formule 200	
La médecine courante :	
Pour les médecins :	
- les consultations- les visites généralistes	200% de la BR
- les consultations – les visites spécialistes	200% de la BR
- les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie	200% de la BR
Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux * :	
- les infirmiers, les kinésithérapeutes,	200% de la BR
- les orthophonistes, les orthoptistes,...	200% de la BR
La médecine douce :	
les séances d'ostéopathie, de chiropraxie ou d'acupuncture	
(1), dans la limite globale par an et par bénéficiaire :	
- de trois séances ;	
- et d'un forfait de :	2,25% du PMSS
Les examens médicaux :	
- les analyses biologiques	200% de la BR
- les actes d'imagerie, échographie et doppler	
(1) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.	
Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).	
Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.	
La prévention :	
Le vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, dans la limite annuelle, de :	6% du PMSS
Une consultation , prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans	1.25% du PMSS
Le Dépistage de l'hépatite B	200% de la BR
Un détartrage annuel complet sus et sous gingival effectué en deux séances maximum	100% de la BR
Les frais de transport	100% de la BR
La pharmacie	100% de la BR

* avec demande d'entente préalable

VOTRE CONTRAT

Nature des prestations	Le montant des remboursements (dans la limite des frais réels) <i>remboursement de la Sécurité Sociale compris</i>
Le dentaire :	
Les consultations et soins courants (hors inlays onlays)	100 % de la BR
Les inlays onlays	200 % de la BR
Les prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	200 % de la BR
Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale cités ci-après et réalisés en France, dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire :	200 % du forfait
- les piliers de bridge sur dent saine, sur la base d'un forfait de 4 % du PMSS par pilier,	
- les implants dentaires sur la base d'un forfait de 5 % du PMSS pour la pose de l'implant (phase opératoire), 1,50 % du PMSS pour le faux moignon implantaire, 4 % du PMSS pour la pose de la couronne sur implant.	
Les frais d'orthopédie dentofaciale pris en charge par la Sécurité sociale	200 % du forfait
L'optique :	
- Le forfait optique (verres et monture) (remboursement limité à une paire de lunettes par année civile et par bénéficiaire)	8 % du PMSS
- Les lentilles de contact correctrices (remboursement limité par année civile et par bénéficiaire)	4 % du PMSS
- L'opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser (par oeil)	15 % du PMSS
L'auditif :	
- Les prothèses auditives	200 % de la BR
Les appareillages et prothèses diverses (hors prothèses dentaires et auditives) Garantie correspondant à l'appareillage d'une oreille, dans la limite d'un équipement stéréophonique (deux oreilles) tous les quatre ans par bénéficiaire	
	200 % de la BR
L'hospitalisation	
- Les frais de séjour (établissement public ou privé)	
- l'hospitalisation médicale	200 % FR - MR ^a
- l'hospitalisation chirurgicale	200 % FR - MR ^a
- les honoraires médicaux et chirurgicaux	200 % de la BR
- le forfait journalier	100 % du forfait journalier
- la chambre particulière	2 % du PMSS
- le lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	1,00 % of MLSS

^apour les garanties d'hospitalisation exprimées en frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, l'hospitalisation non conventionnée **est limitée à 90 %** des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

VOTRE CONTRAT

La maternité

- un forfait destiné à couvrir les frais liés à un accouchement 8 % du PMSS

Les cures thermales

- les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport 8 % du PMSS

Les obsèques

En cas de décès d'un bénéficiaire, nous remboursons à la personne chargée d'organiser les obsèques un montant limité aux frais réels, et nous mettons à disposition un service d'informations par téléphone sur les démarches et formalités à accomplir en cas de décès 150% du PMSS

Services liés aux garanties optique, prothèses dentaires et prothèses auditives : l'analyse gratuite du devis

Il permet à l'adhérent d'obtenir gratuitement un avis de spécialiste sur la prestation ou l'équipement proposé par son professionnel de santé ainsi que sur la facturation par rapport au marché.

En fonction de ces informations, l'assuré reste libre d'accepter la prestation et le tarif proposés par son professionnel de santé, et de remettre en cause ou de faire jouer la concurrence.

Quelques définitions

MR : Montant du remboursement de la Sécurité sociale

BRA : Base de remboursement de l'assureur reconstituée par assimilation des actes à la base de remboursement de la Sécurité sociale française.

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité Sociale fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

FR : Frais réels.

LES COTISATIONS

A la date d'effet de votre contrat, la cotisation est fixée :

Adhérents affiliés au Régime Général	
Cotisation en % du PASS	FORMULE 100
Cotisation isolée / famille	
Moins de 44 ans	0.95% / 2.00%
De 44 ans à 50 ans	1.15% / 2.40%
De 51 ans à 64 ans	1.25% / 2.55%

Adhérents affiliés au Régime Local d'Alsace Moselle	
Cotisation en % du PASS	FORMULE 100
Cotisation isolée / famille	
Moins de 44 ans	0,50% / 1,10%
De 44 ans à 50 ans	0,60% / 1,30%
De 51 ans à 64 ans	0,70% / 1,40%

Elle est ensuite majorée au 1er janvier de chaque année selon les dispositions prévues aux **Conditions générales**.

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

En application de l'article L 141-4 du Code des assurances, et conformément aux dispositions de l'article 7 des Conditions générales de votre contrat, vous reconnaissez avoir reçu notre notice d'information destinée aux adhérents et vous vous engagez à remettre un exemplaire à chacun d'eux. Vous déclarez conserver auprès de vous la preuve de cette remise.

Vous certifiez sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas une origine délictueuse au sens des Articles 562 et suivants du Code Monétaire et Financier, 324-1 et suivants et 421-1 du Code Pénal relatifs au blanchiment des capitaux.

Vous déclarez être pleinement informé de ce qu'AXA est soumise, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

Fait à Marly-le-Roi, en deux exemplaires, le 22 janvier 2009

Pour Vous, souscripteur

Pour nous, assureur

A la date d'effet de votre contrat, la cotisation est fixée :

Adhérents affiliés au Régime Général	
Cotisation en % du PASS	FORMULE 200
Cotisation isolée / famille	
Moins de 44 ans	1.70% / 3.45%
De 44 ans à 50 ans	2.05% / 4.15%
De 51 ans à 64 ans	2.10% / 4.30%

Adhérents affiliés au Régime Local d'Alsace Moselle	
Cotisation en % du PASS	FORMULE 200
Cotisation isolée / famille	
Moins de 44 ans	0.95% / 2.05%
De 44 ans à 50 ans	1.20% / 2.45%
De 51 ans à 64 ans	1.25% / 2.55%

Elle est ensuite majorée au 1er janvier de chaque année selon les dispositions prévues aux **Conditions générales**.

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

En application de l'article L 141-4 du Code des assurances, et conformément aux dispositions de l'article 7 des Conditions générales de votre contrat, vous reconnaissez avoir reçu notre notice d'information destinée aux adhérents et vous vous engagez à remettre un exemplaire à chacun d'eux.

Vous déclarez conserver auprès de vous la preuve de cette remise.

Vous certifiez sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas une origine délictueuse au sens des Articles 562 et suivants du Code Monétaire et Financier, 324-1 et suivants et 421-1 du Code Pénal relatifs au blanchiment des capitaux.

Vous déclarez être pleinement informé de ce qu'AXA est soumise, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

Fait à Marly-le-Roi, en deux exemplaires, le 22 janvier 2009

Pour Vous, souscripteur

Pour nous, assureur

ID) INSTRUCTIONS EN CAS DE SINISTRE OU DE FRAIS MEDICAUX

1/ Garantie Frais de santé F1 et Santé Plus

Faire parvenir les originaux à ABC ASSURANCES:

- des feuilles de soins dûment complétées et signées par vos soins, accompagnées des ordonnances et des vignettes correspondantes
- de tout document justifiant les frais engagés

Nous pouvons vous demander des renseignements complémentaires ou réclamer un contrôle médical qui sera à notre charge.

Nous respectons la législation en vigueur et les médicaments prescrits sont remboursables mois par mois en cas de renouvellement d'une ordonnance (une photocopie recto/verso de celle-ci vous sera demandée pour chaque demande de remboursement).

Nous remboursons les soins dont la date figurant sur la prescription et les feuilles de soins est comprise entre le début et la fin des garanties.

2/ Garantie Prévoyance

Sous peine de déchéance, le bénéficiaire que vous avez désigné ou à défaut vos héritiers doivent nous déclarer par écrit contre récépissé, votre décès ou votre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie au plus tard 15 jours après qu'ils en aient eu connaissance, sauf cas de force majeure.

La déchéance ne pourra être appliquée que si la déclaration nous a causé un préjudice.

Ils devront nous faire parvenir à ABC ASSURANCES :

- un certificat médical détaillé
- en cas de décès, un extrait de votre acte de décès
- une fiche d'état civil du ou des bénéficiaires

3/ Garantie Multirisque Habitation Confort

En cas de sinistre engageant les garanties du contrat Multirisque Habitation Confort, adresser dans les 5 jours maximum, une lettre circonstanciée avec description des dégâts à ABC ASSURANCES.

4/ Garantie Responsabilité Civile vie privée

Nous faire parvenir une déclaration sur papier libre relatant les faits dans les 5 jours de la survenance du sinistre ou de la date à laquelle l'assuré en a eu connaissance.

A cette déclaration doivent être joint tous les témoignages et éléments nécessaires à la détermination des responsabilités réciproques.

Les instructions vous seront communiquées à réception de votre déclaration.

5/ Garantie Complémentaire Santé F100 et F200

Envoyer une copie de votre attestation complémentaire et les originaux des décomptes de la

Sécurité Sociale directement à :

AXA SANTE ENTREPRISES
TSA 21122
37409 AMBOISE CEDEX

6/ Garantie Assistance spécifique

TRES IMPORTANT : CHAQUE INTERVENTION NE POURRA SE FAIRE QU'APRES ACCORD OBLIGATOIRE ET PREALABLE DE LA SOCIETE AXA ASSISTANCE.

Cette société peut être jointe 24h/24 soit :

Par téléphone au 01 47 16 25 58
Par fax au 01 55 92 40 60
Par email : axa.assixtance@axa-assistance.com

Les compagnies sont :

Pour les garanties Multirisque Habitation, Responsabilité Civile vie privée

AXA ASSURANCES IARD
SA au Capital de 214 799 030.00 euros
RCS 722 057 460
Siège Social : 26 rue Drouot, 75009 PARIS

Pour les garanties Frais de santé, Complémentaire santé et Prévoyance

AXA FRANCE VIE
SA au capital de 487 725 073.50 euros
RCS 310 499 959
Siège Social : 26 rue Drouot, 75009 PARIS

Pour la garantie Assistance spécifique

AXA ASSISTANCE
SA au capital de 7 275 660.00 euros
RCS 451 392 724
Siège Social : Le Carat, 6 rue André Gide, 92320 CHATILLON

Pour l'ensemble des garanties, tout règlement de sinistre ou de frais de santé se fera à une adresse en France et en euros.

L'agence gestionnaire des contrats est :

SARL ABC ASSURANCES
2 Avenue de Verdun
BP 44077
25114 BAUME-LES-DAMES Cedex

Permanence les mardis, mercredis, jeudis et vendredis au 03.81.84.50.50

Fax : 03.81.84.31.92

E-mail : agence.cabinetbaume@axa.fr

En dehors des décomptes de la Sécurité Sociale (Complémentaire santé),
TOUTE CORRESPONDANCE doit être envoyée à l'adresse ci-dessus