



Santé

Conditions Générales Adaptalia Entreprises Santé Adaptalia Métiers Santé



Contrat surcomplémentaire

Septembre 2019

 assurance citoyenne

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
Préambule	3	
1. Les dispositions relatives à votre contrat	4	1.1 Votre contrat
	4	1.2 La durée de votre contrat
	4	1.3 La révision de votre contrat
	5	1.4 Les cotisations
	5	1.5 La mutualisation des opérations liées à votre contrat
	6	1.6 Les informations dues aux assurés
	6	1.7 Les réclamations
	6	1.8 La prescription
	8	1.9 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
2. Les dispositions relatives aux bénéficiaires	9	2.1 Les bénéficiaires de la garantie
	9	2.2 Conditions d'adhésion au contrat surcomplémentaire <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'assuré • Pour ses ayants droits
3. Les dispositions relatives à la garantie Frais de santé	11	3.1 Nos remboursements de la garantie Frais de santé
4. Les maintiens de garantie dont bénéficient vos salariés	12	4.1 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage
	13	4.2 Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989

PRÉAMBULE

Votre contrat est constitué des documents suivants :

- Les Conditions générales
Elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat et des garanties Frais de santé.
- Les Conditions particulières
Elles indiquent les montants de nos prestations ; elles peuvent éventuellement prévoir des dérogations aux Conditions générales et priment dans ce cas sur ces dernières.

Dans ce contrat, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- Le souscripteur désigne la personne morale ou le chef d'entreprise qui conclut un contrat pour l'ensemble de ses salariés appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par « vous »,
- L'assureur est la société d'assurance qui garantit le risque souscrit ; il sera le plus souvent désigné par « nous »,
- Le groupe assuré renvoie à la totalité des salariés pour lesquels vous avez conclu ce contrat Frais de santé ; il est défini aux Conditions particulières,
- L'assuré est le salarié du groupe assuré,

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le chapitre Définition des Conditions générales du contrat socle obligatoire.

1. LES DISPOSITIONS RELATIVES A VOTRE CONTRAT

1.1 Votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance de groupe qui nous engage, **vous** le souscripteur et **nous**, l'assureur. Nous sommes conjointement désignés dans vos **Conditions Particulières**.

Le présent contrat surcomplémentaire est composé de garanties souscrites à titre facultatif.

Ce contrat est régi par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Votre contrat a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie.

Votre contrat est émis hors du cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1 et L 160-13 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application.

1.2 La durée de votre contrat

La date d'effet

Le contrat prend effet à la date indiquée dans vos **Conditions particulières**. Ce dernier est en vigueur jusqu'au 31 décembre de chaque année et est ensuite reconduit tous les 1^{er} janvier par **accord tacite**.

Vous pouvez modifier votre contrat à tout moment. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1^{er} janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

La résiliation

Vous, comme nous, pouvez résilier le présent contrat. Pour cela, une lettre recommandée doit être adressée à la partie concernée, au plus tard **2 mois** avant le terme annuel du contrat ; le cachet de la poste faisant foi. Cette lettre doit donc être envoyée au plus tard le 31 octobre pour que votre contrat cesse au 31 décembre à minuit.

1.3 La révision de votre contrat

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de votre contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre contrat, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

En particulier, votre contrat sera automatiquement révisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

Si nous n'arrivons pas à un accord sur cette révision, nous pourrions, vous comme nous, mettre fin à ce contrat, en dehors de la période de résiliation prévue à l'article 1.2, à la fin du trimestre civil suivant la date d'envoi d'une lettre recommandée.

1.4 Les cotisations

Le montant de votre cotisation

La cotisation supplémentaire à celle du contrat socle obligatoire est indiquée dans vos Conditions particulières.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels votre contrat est ou sera assujéti, sont à la charge de vos salariés et sont inclus dans la cotisation.

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

- L'évolution de la consommation de soins et biens médicaux retenue est la moyenne des 2 derniers taux d'évolution de la consommation de soins et biens médicaux tels que recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.
- L'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale retenue est celle constatée entre les 2 exercices précédant la date de majoration du taux de cotisation.

Les cotisations pourront également être revues en fonction des résultats techniques de votre périmètre de mutualisation et de tout élément de nature à modifier le risque assuré (démographie, dérive des prestations, évolution de la réglementation ou des remboursements des régimes obligatoires, etc.).

Votre salarié est informé des nouveaux montants de cotisation au moins un mois avant le 1^{er} janvier.

Les modalités de règlement des cotisations

Le règlement des cotisations

La cotisation est payable mensuellement d'avance. Elle est réglée directement par votre salarié, seul responsable du paiement des cotisations. Le paiement des cotisations doit être effectué dans les 10 jours suivant leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

En cas de non-règlement des cotisations

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

S'il n'a pas acquitté sa cotisation dans les 30 jours qui suivent, nous suspendons son adhésion conformément à l'article L113-3 du Code des assurances.

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

1.5 La mutualisation des opérations liées à votre contrat

Les prestations et les cotisations du contrat sont mutualisés avec ceux des autres contrats santé souscrits auprès de l'assureur.

1.6 Les informations dues aux assurés

Vous êtes légalement tenu :

- De remettre aux assurés un exemplaire de la Notice d'information que nous vous fournissons. Y sont précisées, notamment, les garanties, les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités en cas de sinistre,
- D'informer ces assurés des éventuelles modifications apportées au contrat.

En cas de litige, il vous incombe d'apporter la preuve que vous avez remis cette Notice d'information et que vous avez communiqué les éventuelles modifications aux assurés.

1.7 Les réclamations

En cas de réclamation :

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

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

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

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

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

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

Par le site internet : mediation-assurance.org

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

L'intervention du médiateur est gratuite.

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

1.8 La prescription

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

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration 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 prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

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

1.9 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent contrat sera sans effet et nous ne serons pas tenus de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat nous exposerait aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou les règlements édictés par l'Union Européenne, le Royaume-Uni ou les États-Unis d'Amérique.

2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX BENEFICIAIRES

2.1 Les bénéficiaires de la garantie

Si l'assuré bénéficie de la garantie, ses ayants droit peuvent en bénéficier également en fonction de la structure de cotisation stipulée dans les Conditions particulières. Les ayants droit sont les membres de sa famille définis ci-après

- Son conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant 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, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.
 - Le concubin doit répondre à la définition de l'article L. 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- Ses enfants et ceux de son conjoint :
 - jusqu'à leur 18^e anniversaire, s'ils sont à sa charge (ou à celle de son conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
 - jusqu'à leur 28^e anniversaire, s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont 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, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.

2.2 Les conditions d'adhésion au contrat surcomplémentaire

Pour adhérer au présent contrat, chaque salarié doit compléter le bulletin individuel d'adhésion pour lui-même et les mêmes ayants droit que ceux du contrat socle obligatoire. La demande d'adhésion peut avoir lieu à tout moment dans les conditions décrites ci-dessous et elle doit préciser la formule choisie.

La durée de la garantie

Le début de la garantie

Pour l'assuré

L'assuré bénéficie de la garantie, selon le cas :

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

Les salariés en préavis de licenciement et les anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties du régime socle obligatoire pour contrat de travail rompu, défini aux présentes conditions contractuelles, ne peuvent plus souscrire de formule surcomplémentaire.

Pour les ayants droit

Les ayants droit bénéficient de la garantie, selon le cas :

- Dès l'adhésion à l'assurance du salarié lorsqu'ils sont ayants droit au titre du contrat socle obligatoire,
- Dès la date à laquelle l'intéressé répond à la définition d'ayant droit et bénéficie du contrat socle obligatoire.

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

La fin de la garantie

- À l'initiative de l'assuré

L'assuré peut demander sa radiation de la garantie Frais de santé surcomplémentaire par lettre recommandée avant le 1^{er} novembre de chaque exercice, le cachet de la poste faisant foi, pour prendre effet au 31 décembre suivant. La cessation de la garantie Frais de santé surcomplémentaire entraîne la radiation de l'assuré et celle de ses ayants droit.

La radiation d'un des ayants droit au titre du contrat socle obligatoire entraîne sa radiation au titre de la garantie Frais de santé surcomplémentaire à la même date.

Toute radiation est définitive, sauf en cas de changement de situation de famille.

- Dans les autres cas

L'assuré et ses ayants droit cessent de bénéficier de la garantie Frais de santé surcomplémentaire quand il ne bénéficie plus du contrat socle obligatoire et en cas de résiliation du présent contrat.

La garantie Frais de santé surcomplémentaire est suspendue dans les cas de congés pendant lesquels son contrat de travail est suspendu sans maintien de la garantie Frais de santé socle obligatoire.

3. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement de prestations définies aux Conditions particulières qui s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale, à ceux du contrat socle obligatoire et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Les prestations de remboursement des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation du bénéficiaire, pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L. 131-2 du Code des assurances).

3.1. Nos remboursements de la garantie Frais de santé

Le choix de l'option

Lors de l'adhésion de votre salarié à la garantie Frais de santé surcomplémentaire, celui-ci a le choix entre plusieurs formules de garantie décrites aux Conditions particulières. Ce choix vaut pour lui-même et ses ayants droit.

Le salarié peut modifier son choix de formule pour lui-même et ses ayants droit dans les conditions suivantes :

- À la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage),
- Au 1er janvier de chaque année, lorsque l'assuré a bénéficié d'une option précédemment choisie pendant au moins 2 années civiles, sous réserve que la demande nous parvienne avant le 15 novembre précédent.

Les salariés en préavis de licenciement et les anciens salariés bénéficiant du maintien prévu à l'article 4.1 des Conditions générales ne peuvent plus changer de formule surcomplémentaire.

Contrat «non responsable »

Compte tenu du choix des garanties, le contrat Frais de santé surcomplémentaire n'est pas éligible au dispositif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1 et L 160-13 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application.

Il ne prend toutefois pas en charge :

- Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM au-delà de la limite fixée par décret,
- La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

4. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT BENEFCIENT VOS SALARIÉS

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

Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat à vos anciens salariés appartenant au groupe assuré, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes. Peuvent bénéficier du présent maintien vos anciens salariés, déclarés selon les modalités de l'article 1.5, qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Nous n'accordons pas le maintien :

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

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

Formalités et durée du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, telle que vous nous l'aurez déclarée, dans la limite de 12 mois.

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

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

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

Modalités d'information

Vous devez indiquer le bénéfice du maintien des garanties Frais de santé à votre salarié dans son certificat de travail. Puis vous nous remettez la déclaration de maintien complétée et signée, et vous en donnez une copie à votre salarié.

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

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

L'étendue des garanties

Vos anciens salariés bénéficiant de ce maintien conservent le même niveau de garantie qu'au jour de la rupture de leur contrat de travail.

Cotisation

Ce maintien de garantie est accordé sans contrepartie de cotisation.

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

Bénéficiaires du maintien

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

Peuvent souscrire les anciens salariés :

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

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

Formalités et durée du maintien

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

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

En cas de décès d'un de vos salariés, vous êtes tenus de nous en informer dans les meilleurs délais afin que nous puissions proposer à ses ayants droit (tels que définis à l'article 2.3) au plus tard dans 2 mois qui suivent le décès, le maintien de leur couverture.

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

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

Cotisation

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

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

Votre interlocuteur AXA



Retrouvez l'ensemble de vos services et documents contractuels sur **Mon AXA** via axa.fr

AXA vous répond sur :



Je choisis
une assurance **citoyenne**

Cette offre appartient à la gamme « Assurance citoyenne ». Par cette démarche, AXA s'engage à plus de confiance, plus de prévention, plus de solidarité, plus d'engagement pour l'environnement, en proposant des produits d'assurance qui répondent à vos besoins mais aussi à ceux de la société dans son ensemble. Pour en savoir plus sur les atouts citoyens de cette offre, rendez-vous sur axa.fr

AXA France IARD - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 • **AXA Assurances IARD Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 • **AXA France Vie** - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 • **AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 • Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des Assurances.**