



**Notice d'information du contrat N° 6512461104 souscrit par l'Association Française des Amblyopes Unilatéraux
2025**

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L141-4 du code des assurances. Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations du Souscripteur au titre du Contrat d'assurance de groupe n° 6512461104 souscrit par l'Association Française des Amblyopes Unilatéraux – 11 rue Clapeyron – 75008 PARIS au profit de ses adhérents auprès d'AXA France IARD (SA au capital de 214799030 €) - RCS Nanterre : 722 057 460 - Siège social : 313, Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE CEDEX). Il est régi par le droit français et notamment le Code des Assurances.

Le courtier d'assurance intermédiaire à la souscription et à la gestion du Contrat d'assurance ci-dessus référencé est le cabinet VERSPIEREN – 1 avenue François Mitterrand – 59290 WASQUEHAL - N° ORIAS : 07001542

En cas d'adhésion par l'Assuré au Contrat d'assurance groupe ci-dessus référencé, cette notice vaudra Conditions Générales lesquelles fixeront avec les Conditions Particulières, l'étendue des garanties ainsi que les droits et les obligations de l'Assuré et de l'Assureur.

Les Conditions Particulières d'assurance sont constituées par le bulletin d'Adhésion au Contrat d'assurance groupe ci-dessus référencé.

I) - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, il faut entendre par :

1.1. SOUSCRIPTEUR : **Association Française des Amblyopes Unilatéraux**
11 rue Clapeyron
75008 PARIS

1.2. ASSUREUR : **AXA France IARD**
313 Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex

1.3. AMBLYOPE UNILATERAL :

Est considérée comme amblyope unilatérale toute personne dont l'état visuel est réduit à l'usage normal d'un seul œil ("bon œil"), quelles que soient la nature (fonctionnelle ou organique) et l'origine (naissance, strabisme, maladie, accident, énucléation, etc...) de sa déficience oculaire.

L'état d'amblyopie unilatérale est établi dès l'instant où l'acuité visuelle, mesurée pour chaque œil après correction optique, se situe dans les limites suivantes :

- "bon œil" : 6/10 et plus,
- œil déficient : 4/10 et moins (énucléation comprise).

1.4. BENEFICIAIRE :

Tout amblyope unilatéral qui satisfait aux conditions suivantes :

- être membre actif de l'Association souscriptrice du présent contrat, ou être représenté par un membre actif,
- être âgé de 3 ans au moins, dès l'instant où les mesures de l'acuité visuelle prévue à l'article 1.3. peuvent être vérifiées médicalement,
- être de nationalité française quelque soit son domicile en France ou à l'étranger ou bien être de nationalité étrangère à condition d'être domicilié en France,
- avoir demandé son inscription au présent contrat et l'avoir confirmé par le paiement de la cotisation correspondant aux garanties souscrites,
- avoir obtenu la validation de cette inscription conformément aux dispositions de l'article II ci-après.

1.5. ASSURE : Le bénéficiaire



1.6. ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Le lien de causalité devant être établi entre la cause extérieure et l'atteinte corporelle. La perte totale ou partielle de l'acuité visuelle du bon œil, consécutive à des traitements médicaux ou opérations chirurgicales, est assimilée à un accident.

Sont exclues de toutes les garanties, les conséquences d'un accident vasculaire cérébral, d'une rupture d'anévrisme, d'une embolie cérébrale, d'un infarctus du myocarde, d'épilepsie, d'affection coronarienne, d'embolie cérébrale, d'hémorragie méningée.

Par accident vasculaire cérébral ou AVC / ACV, on entend : une lésion d'une partie du cerveau, consécutive à l'obstruction ou la rupture d'un vaisseau sanguin. (Vidal).

L'AVC n'est pas considéré comme un accident.

1.7. MALADIE :

Altération de la santé de l'Assuré ayant un support organique et constaté par l'autorité médicale mandatée par l'Assureur.

1.8. MEDECIN-CONSEIL : Ophtalmologiste mandaté par l'Association et agréé par l'Assureur

II) – ADHESION AU PRESENT CONTRAT

a) Inscription

L'inscription à l'assurance doit être demandée à l'aide de la demande d'adhésion prévue à cet effet par l'Assureur et dont un modèle est annexé au présent contrat.

Les personnes âgées de 66 ans et plus ne peuvent pas adhérer au présent contrat, s'il s'agit d'une adhésion nouvelle.

Les réponses fournies engagent la responsabilité de leur auteur et conditionnent la validité de l'inscription demandée.

L'auteur de toute fausse déclaration ou réticence est exposé à la déchéance de tout droit à indemnisation en cas de maladie ou d'accident assuré au titre du présent contrat.

L'inscription vaut pour une durée d'un an.

Elle se renouvelle par tacite reconduction, pour une durée égale, par le versement de la cotisation due au titre des garanties choisies, auxquelles l'Assuré peut prétendre en fonction de son âge..

L'absence d'encaissement équivaut à l'annulation de l'inscription et à l'abandon des garanties du présent contrat.

Quand, après renoncement, pour quelque motif que ce soit, ou annulation pour non-paiement de la cotisation dans les délais fixés, le bénéficiaire a perdu les avantages de son inscription, il peut en demander la reprise sous la forme d'une réinscription.

Celle-ci est considérée comme une inscription nouvelle. Elle n'a pas d'effet rétroactif en ce qui concerne sa date d'entrée en vigueur, la détermination des événements garantis et les options possibles en fonction de l'âge.

b) Modification de l'inscription

A chaque renouvellement annuel, le bénéficiaire peut demander la modification de son inscription pour la faire porter sur toute autre option à laquelle il peut prétendre en fonction de son âge. Le choix d'une option d'un niveau plus élevé est soumis à validation après contrôle médical.

c) Contrôle médical – nature et forme

Le bénéficiaire reçoit de l'Association un exemplaire du certificat médical qu'il doit faire établir par son ophtalmologiste traitant :

- au moment de son inscription,

AXA France IARD. S.A. au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 R.C.S. Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. Siège social : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex.



- le cas échéant, au moment de sa réinscription,
- au terme du délai de carence prévu ci-après,
- lors de toute modification d'inscription qu'il peut demander pour bénéficier d'une option de garantie plus élevée,
- à partir du 50^{ème} anniversaire de l'Assuré, s'il demande alors à bénéficier d'une inscription à la garantie des maladies, (jusqu'à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 65ème anniversaire).

. Cette disposition ne s'applique pas pour les Assurés qui bénéficient déjà de la garantie des maladies et qui ont adhéré au présent contrat depuis 5 ans au moins, sans interruption.

Le certificat doit être du modèle-type, qui a reçu l'agrément du syndicat National des ophtalmologistes français. L'examen ophtalmologique qui conduira à l'établissement du certificat devra être pratiqué dans le délai de deux mois à partir de la date indiquée par l'Association.

Si un examen ophtalmologique de même nature a déjà été pratiqué au cours des trois mois précédents, les constatations faites à cette occasion par le médecin peuvent être reprises pour l'établissement du certificat sans qu'il y ait lieu de procéder à un autre examen, à condition que, dans l'intervalle, le bénéficiaire n'ait souffert d'aucune affection, ni d'aucun accident susceptible d'avoir eu des conséquences sur son état oculaire.

Dès son établissement, le certificat devra être transmis par le bénéficiaire au médecin-conseil de l'Association, sous pli fermé portant la mention « secret médical ».

Le certificat doit permettre au médecin-conseil de donner à l'Association, en connaissance de cause, son avis sur les conditions de validation de l'inscription, notamment en ce qui concerne l'entrée en vigueur de la garantie des cas de maladie.

Ce certificat devra impérativement préciser, sous peine d'être renvoyé pour complément de réponses :

- * La date de l'examen au cours duquel les constatations ont été faites,
- * La mesure, pour chaque œil, de son acuité visuelle, prise après correction optique, s'il y a lieu,
- * L'état de la réfraction,
- * Les éléments de la correction optique ou la mention de son absence,
- * L'origine, la nature et la date de la déficience oculaire.

Ainsi que tous autres renseignements qui pourraient convenir à une meilleure appréciation de son état oculaire.

A défaut de transmission du document au médecin-conseil de l'Association dans un délai de deux mois, l'inscription et les garanties qui lui sont rattachées sont immédiatement suspendues. Elles ne pourront être reprises qu'après la réception du document par le médecin-conseil.

d) Validation de l'inscription et prise d'effet des garanties :

d-1) Validation de l'inscription :

Dès qu'elle a reçu l'avis de son médecin-conseil, qui devra intervenir dans les 30 jours qui suivent cet envoi, l'Association adressera une copie du certificat médical du nouvel adhérent, sous pli confidentiel portant la mention « secret médical » au médecin-conseil de l'Assureur : **Le docteur Valérie AMELINE-AUDELAN – 106 rue Mozart – 75016 PARIS – mail : valerieameline@orange.fr - tél : 06 62 23 09 06.**L'Assureur aura alors 30 jours, à compter de la réception chez son médecin-conseil du certificat médical, pour émettre des réserves. A défaut de réserves émises par ce dernier dans ce délai, l'Association pourra confirmer au bénéficiaire son inscription au présent contrat.

Si aucune réserve n'est prononcée, cette notification est faite par lettre simple ; dans le cas contraire, elle est faite par pli recommandé.

Il est précisé que ces délais peuvent être prolongés quand l'insuffisance des renseignements fournis oblige le médecin-conseil à rechercher des précisions qui lui sont indispensables pour se prononcer.



d-2) Prise d'effet des garanties :

Concernant la garantie accident :

La garantie prend effet à l'acceptation du risque par le médecin conseil notifiée à l'Assuré et après encaissement de la cotisation de l'adhésion par l'Association.

Concernant la garantie des maladies :

La garantie prend effet à l'acceptation du risque par le médecin conseil notifiée à l'Assuré avec ou sans réserve et après encaissement de la cotisation de l'adhésion par l'Association.

Toutefois, si l'amblyopie unilatérale a eu pour cause une maladie dont la fin du traitement remonte à moins de 3 ans, la garantie des maladies ne peut prendre effet au plus tôt qu'après que ce délai de 3 ans, dit délai de carence, se soit réellement écoulé.

A ce terme, la prise d'effet de la garantie des maladies demeure subordonnée à une décision de validation qui doit être prise par le médecin-conseil, après nouveau contrôle médical.

Ce délai de carence ne concerne pas la garantie des accidents.

Dans certains cas, dont il est le seul juge, le médecin-conseil peut prendre une décision de validation provisoire avec ou sans réserve, en prévoyant d'examiner à nouveau le cas du bénéficiaire pour décision définitive, dans un délai de un à cinq ans, après nouvel examen ophtalmologique. Cette décision doit être notifiée au bénéficiaire par pli recommandé.

L'Association se range à l'avis de son médecin-conseil pour décider de l'acceptation de l'inscription, avec ou sans réserve, ou de son refus.

Trois cas peuvent se présenter :

- * Acceptation sans réserve : dans ce cas la garantie des risques de maladie sera acquise aux conditions du contrat.
- * Acceptation avec réserves absolues ou relatives :
 - . En cas de **réserves absolues**, la garantie des risques de maladie ne pourra être délivrée et l'assurance portera uniquement sur les risques d'accident,
 - . En cas de **réserves relatives**, la garantie des risques de maladie sera acquise à l'exclusion d'un ou de plusieurs risques déterminés.
- * Refus de validation :
 - . En cas de **refus de validation**, l'inscription est annulée et la totalité de la cotisation du présent contrat est remboursée.

III – OBJET DU CONTRAT

Dans les termes des Conditions Générales PERTES PECUNIAIRES n° 969735 A ci-jointes, complétées par les présentes dispositions, le présent contrat a pour objet de procurer à l'Assuré à **titre personnel et durant son vivant**, l'indemnisation des cas d'invalidité qui peuvent résulter de la perte totale ou partielle de ses fonctions visuelles, par l'application des deux garanties suivantes :

Garantie 1) : Indemnisation de la perte totale ou partielle de l'acuité visuelle du "BON ŒIL", à la suite d'une maladie (jusqu'à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint son 65ème anniversaire) ou d'un accident.

a) Conditions :

L'indemnisation ne peut intervenir qu'aux deux conditions suivantes :

- l'acuité visuelle constatée à la fin du traitement (acuité conservée) doit être égale ou inférieure à 5/10^{ème} après correction optique,
- la perte d'acuité constatée entre l'acuité connue au moment de la dernière validation d'inscription (acuité d'origine) et l'acuité conservée doit être égale ou supérieure à 3/10^{ème}.



b) Modalités :

L'indemnisation de la perte d'acuité est calculée en pourcentage du capital valablement garanti à l'origine du sinistre. Le pourcentage applicable qui varie en fonction des données de l'alinéa précédent, est déterminé conformément au tableau ci-après :

| | | ACUITE VISUELLE CONSERVEE | | | | | |
|-----------|--------------|---------------------------|------|------|------|------|------|
| | | 5/10 | 4/10 | 3/10 | 2/10 | 1/10 | 0/10 |
| ACUITE | 8/10 et plus | 25% | 50% | 75% | 100% | 100% | 100% |
| VISUELLE | 07/10 | - | 25% | 50% | 75% | 100% | 100% |
| D'ORIGINE | 06/10 | - | - | 25% | 50% | 75% | 100% |
| | | POURCENTAGES APPLICABLES | | | | | |

c) Délais et conditions de règlement :

L'indemnisation intervient quand la confirmation médicale est donnée, au terme des soins et traitements, que la perte totale ou partielle de l'usage de l'œil est définitivement acquise. Elle est effectuée un mois après l'accord des parties.

Si l'Assuré vient à décéder avant ce terme, l'indemnisation n'est pas versée.

d) Indemnisation des mineurs :

Quand le bénéficiaire de l'indemnisation est un enfant mineur, l'indemnité est versée à la personne qui a adhéré à l'Association pour le représenter, ou, à défaut, au représentant légal de l'enfant. Cette personne devra gérer le capital au mieux des intérêts de l'enfant sous le contrôle du juge des tutelles.

Garantie 2) : Indemnisation de la perte de "L'ŒIL DEFICIENT" par énucléation à la suite d'un accident.

L'indemnisation de la perte de l'œil déficient par énucléation à la suite d'un accident, ne sera acquise que si au moment de l'accident l'œil déficient permettait une perception lumineuse.

Elle est effectuée dans le mois de la confirmation médicale de l'énucléation.

Les deux garanties sont distinctes et peuvent être cumulatives.

IV – EFFET ET DUREE DE LA GARANTIE

Sont seuls garantis les maladies et les accidents oculaires, et leurs conséquences, dont l'origine est postérieure à la date de prise d'effet :

- a) de l'inscription de l'Assuré et à l'acceptation du risque par le médecin conseil,
- b) de sa réinscription,
- c) de toute revalorisation demandée en cours d'inscription ou de réinscription.

Les garanties s'exercent pendant toute la durée de l'adhésion de l'Assuré au présent contrat, moyennant paiement de sa cotisation.

La garantie M (des Maladies) s'achève à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint son 65^{ème} anniversaire.

La garantie A (des Accidents) s'applique pendant toute la période de l'adhésion de l'assuré et au plus tard à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint son 85^{ème} anniversaire.

V – GARANTIES COMPLEMENTAIRES

5.1. Aménagement du domicile :

En cas de perte totale des fonctions visuelles de l'Assuré, consécutive à un accident ou à une maladie garantie, l'Assureur versera jusqu'à 10% de la somme assurée avec un maximum de **10.000 € (dix mille euros)**, sur présentation de factures, pour faire face aux dépenses d'aménagements du domicile rendues nécessaires pour adapter le domicile à l'invalidité de l'Assuré.



5.2. Assistance psychologique :

En cas de perte totale des fonctions visuelles de l'Assuré, consécutive à un accident ou à une maladie garantie, l'Assureur remboursera, sur justificatifs, le montant des consultations auprès d'un psychologue, à concurrence de **2.500 euros** au maximum par Assuré.

VI – TERRITORIALITE

La garantie s'exerce dans le monde entier. L'indemnité sera payable en France et en euros.

VII – MONTANT DES GARANTIES

La garantie s'exerce à concurrence des montants suivants, selon l'option choisie par le bénéficiaire sur le formulaire d'inscription.

Les options expriment les diverses valeurs qui peuvent être attribuées aux deux garanties.

La catégorie A concerne les options qui donnent la couverture des cas d'accidents et la catégorie AM concerne les options qui donnent la couverture des cas d'accidents et de maladies.

Catégorie A (Accident) :

| | GARANTIE 1 | GARANTIE 2 |
|---------------------|------------|------------|
| A1 (option de base) | 50.000 € | 2.300 € |
| A2 | 100.000 € | 4.600 € |
| A3 | 150.000 € | 6.900 € |
| A4 | 200.000 € | 9.200 € |
| A5 | 250.000 € | 11.500 € |
| A6 | 300.000 € | 13.800 € |

Pour les adhésions enregistrées avant le 1^{er} janvier 2016

| | | |
|----|-----------|----------|
| A8 | 400.000 € | 18.400 € |
| A9 | 450.000 € | 20.700 € |

Pour les adhésions enregistrées avant le 1^{er} janvier 2024

| | | |
|----|-----------|----------|
| A7 | 350.000 € | 16.100 € |
|----|-----------|----------|

Catégorie AM (Accident et Maladie) :

| | GARANTIE 1 |
|----------------------|------------|
| AM1 (option de base) | 50.000 € |
| AM2 | 100.000 € |
| AM3 | 150.000 € |
| AM4 | 200.000 € |
| AM5 | 250.000 € |

Pour les adhésions enregistrées avant le 1^{er} janvier 2016

Option supplémentaire : A9 garantie 1 : 450.000 € garantie 2 : 20.700 € - M5 garantie 1 : 250.000€
devenant de 50 à 60 ans révolus A7M5 : A7 garantie 1 : 350.000 € garantie 2 : 16.100 € M5 garantie
1 : 250.000 €



Les possibilités de choix varient en fonction de l'âge du bénéficiaire, au moment de l'inscription, de la réinscription, du renouvellement annuel ou de la modification de l'inscription ou de la réinscription.

Les possibilités d'inscription aux diverses options, sont les suivantes, en fonction de l'âge du bénéficiaire au moment de l'inscription ou de la réinscription :

Pour les assurés qui souscrivent la garantie des accidents seuls :

- de 3 ans à 7 ans révolus : A1 ou A2
- de 8 ans à 60 ans révolus : A1 à A6
- de 61 ans à 65 ans révolus : A1 à A5

Pour les assurés qui souscrivent la garantie des accidents et des maladies :

- de 3 ans à 7 ans révolus : AM1 ou AM2
- de 8 ans à 60 ans révolus : AM1 à AM5
- de 61 ans à 65 ans révolus : AM1 à AM3

Pour le renouvellement des adhésions, à partir de 66 ans:

- de 66 ans à 74 ans révolus : A1 à A4
- de 75 ans à 85 ans : A1 ou A2

VIII - EXCLUSIONS

OUTRE LES CAS PREVUS AUX CONDITIONS GENERALES CI-JOINTES NE SONT PAS COUVERTS PAR LE PRESENT CONTRAT :

- 8.1. LES CONSEQUENCES D'UN ACCIDENT CONSECUTIF A L'USAGE A TITRE DE CONDUCTEUR OU DE PASSAGER, DES VEHICULES A DEUX OU TROIS ROUES EQUIPEES D'UN MOTEUR D'UNE CYLINDREE SUPERIEURE A 50cm³ ;**
- 8.2. LES ACCIDENTS OU LES MALADIES OCCASIONNES PAR :**
 - L'ETHYLISME ;
 - L'ETAT D'IVRESSE CARACTERISE DE L'ASSURE LORSQUE SON ALCOOLEMIE EST SUPERIEURE A LA LIMITE FIXEE PAR LA REGLEMENTATION ROUTIERE EN VIGUEUR EN FRANCE AU JOUR DU SINISTRE ;
 - L'USAGE DE DROGUE, STUPEFIANT OU PRODUIT TOXIQUE NON PRESCRITS MEDICALEMENT, SAUF SI L'ASSURE APPORTE LA PREUVE DE L'ABSENCE DE RELATION DE CAUSE A EFFET.
- 8.3. LES MUTILATIONS VOLONTAIRES ;**
- 8.4. LES ACCIDENTS DUS A LA PRATIQUE, A L'ENTRAINEMENT OU EN COMPETITION, A TITRE D'AMATEUR OU DE PROFESSIONNEL, DES EXERCICES ET SPORTS DE COMBAT, TELS QUE LA BOXE, LE CATCH, LA LUTTE, LE KARATE ET LEURS VARIANTES. le judo n'est pas concerné par cette exclusion ;**
- 8.5. LES CONSEQUENCES DE L'INOBSERVATION DES REGLES DE L'ARTICLE IX CI-APRES, TANT EN CE QUI CONCERNE D'UNE PART LES SOINS OPHTALMOLOGIQUES AUXQUELS L'ASSURE DOIT SE SOUMETTRE SANS RETARD EN CAS DE MALADIES, D'ACCIDENTS OU DE SIMPLES MANIFESTATIONS DE VIEILLISSEMENT OCULAIRE, QUE D'AUTRE PART, LA DECLARATION DE CES FAITS QU'IL DOIT FAIRE A L'ASSUREUR DES LEUR ORIGINE.**



IX – SINISTRES – OBLIGATIONS DE L'ASSURE

a) Définition du sinistre – Obligations de l'assuré

En cas d'atteinte par maladie ou par accident, susceptible d'affecter, en période de validité des garanties, l'intégrité des fonctions visuelles, et en cas de simple affaiblissement de l'acuité visuelle, pour quelque cause que ce soit, notamment par le fait du vieillissement oculaire, l'Assuré a l'obligation de se soumettre sans retard aux soins et traitements médicaux qui seraient de nature à enrayer la progression du mal.

b) Déclaration du sinistre

Dès l'origine des faits, sans attendre d'en connaître les conséquences, il est tenu d'en informer concomitamment l'Association et l'Assureur :

- dans les cinq jours de la survenance de l'accident,
- dans le mois de la constatation médicale de la maladie ou de la baisse de l'acuité visuelle.

Cette déclaration doit être confirmée par la remise d'un certificat médical de son ophtalmologiste traitant, constatant la consolidation de l'acuité visuelle, ou précisant les circonstances de l'énucléation.

Ces obligations s'imposent à l'Assuré sous peine de déchéance.

c) Instruction du sinistre

Dès réception de la déclaration de sinistre par l'Association, celle-ci est transmise à l'Assureur.

AXA désigne si besoin un expert ophtalmologiste afin de procéder à un examen de l'adhérent permettant de déterminer l'évolution de son état ophtalmique ainsi que son acuité visuelle actuelle.

En cas de désaccord, l'Assuré et l'Assureur désignent chacun un expert médical dont les conclusions conjointement signées s'imposent aux deux parties. Si ceux-ci ne peuvent se mettre d'accord, ils font appel à un troisième expert. A défaut d'entente sur le choix du troisième expert, la désignation est effectuée par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'Assuré.

Chacune des parties paie les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires et frais de nomination du troisième.

X – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions prévues par l'article **L 114-1** du Code des Assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.

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 :

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



Elle est également interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre
- par l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi d'un recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par :
 - . L'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime
 - . L'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article **L 114-3** du Code des Assurances, 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.

XI - RÉCLAMATION - MÉDIATION

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser :

A votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations en fonction de la nature du litige :

Pour les garanties d'assurance

- via le formulaire de contact sur axa.fr ou en ligne depuis votre Espace Client AXA
- ou par courrier, à l'adresse suivante :

AXA France - Service Réclamations - TSA 46 307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- et, en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par voie électronique sur le site mediation-assurance.org
- ou par courrier, à l'adresse suivante : Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

XII – INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre



situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Je suis informé(e) qu'AXA France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre.

