NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE POUR LES LICENCIES DE LA FEDERATION FRANCAISE DE CYCLOTOURISME

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 de l'assuré au titre du **Contrat d'assurance Individuelle Accidents** n° **10753519504** souscrit par la **Fédération Française de cyclotourisme** pour le compte des Assurés désignés ci-dessous auprès de **AXA France IARD,** société anonyme, au capital de 214.799.030 euros, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 722 057 460 - Entreprises régies par le code des assurances dont les sièges sociaux sont situés 313, Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE CEDEX -. Il est régi par le droit français et notamment le code des assurances.

En cas d'adhésion par l'Assuré au Contrat d'assurance Individuelle Accidents 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.

Le courtier intermédiaire à la souscription et à la gestion du Contrat d'assurance ci-dessus référencé est Amplitude Assurances en collaboration avec Gras Savoye Willis Towers Watson**,** société de courtage d'assurances immatriculée au registre du commerce et des sociétés sous le numéro 088405313300010 et auprès de l'ORIAS sous le N° 20005657 en qualité de courtier d'assurance. – Société par actions simplifiés sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR, 4, Place de Budapest – CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. En cas de réclamation, vous pouvez contacter votre interlocuteur habituel chez Amplitude Assurances Gomis Garrigues ou adresser un mail à : contact@cabinet-gomis-garrigues.fr

* **Les Conditions Particulières d'assurance mentionnées ci-dessus sont constituées par le bulletin d'Adhésion lorsque l'assuré à choisi d'adhérer au Contrat d'assurance ci-dessus référencé.**

Article 1. DEFINITIONS

Accident

Pour la garantie des « Accidents Corporels » :

On entend par accident corporel tout traumatisme corporel non intentionnel de la part de l'Assuré ou du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Sont assimilés à un accident :

- les accidents cardio-vasculaires et vasculo-cérébral / AVC,
- les conséquences de l'asphyxie, noyade ou hydrocution,
- l'intoxication, l'empoisonnement ou les brûlures causés par gaz ou vapeurs, par des substances vénéneuses ou corrosives, par des aliments avariés absorbés par erreur, ou dus à l'action d'un tiers,
- les conséquences de piqûres d'insectes ou de morsures d'animaux,
- les actes d'agression contre la personne assurée (attentat, hold-up prise d'otage ou rapt),
- les accidents corporels occasionnés par les brûlures, l'électrocution, la chute de la foudre,
- les piqûres infectieuses et leurs conséquences,
- les entorses et leurs conséquences,
- les conséquences d'une chute.

Année d'assurance

La période comprise entre deux échéances annuelles de cotisation ; toutefois :

• au cas où la prise d'effet de la garantie est distincte de l'échéance annuelle, l'année d'assurance est la période comprise entre cette date de prise d'effet et la prochaine échéance annuelle ;

• au cas où la garantie prend fin entre deux échéances annuelles, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la dernière date d'échéance annuelle et la date d'expiration de votre contrat.

Arrêt de travail

Certificat médical délivré par un médecin à l'assuré, suite à la constatation que l'état de santé de l'assuré n'est pas compatible avec la pratique de son activité sportive suite à accident.

Assurée(s)

Les Titulaires d'une licence de la FFCT, en cours de validité avec formule Petit Braquet ou Grand Braquet souscrite

Barème d'invalidité

Les Invalidités Permanentes seront réglées en évaluant les taux d'infirmités par référence au barème fonctionnel du « CONCOURS MEDICAL » et sans tenir compte de la profession de l'assuré. Par un expert médical désigné par la Compagnie après que la consolidation de l'état de santé de l'assuré ait été médicalement constatée.

Bénéficiaire

En cas de décès de l'assuré, la personne qu'il a désignée et dont l'identité a été communiquée à l'assureur.

En l'absence de désignation de bénéficiaire et par ordre prioritaire :

- à son conjoint non divorcé ou séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité
- à défaut, par parts égales, à ses enfants nés ou à naître et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge ;
- à défaut, par parts égales, à son père ou à sa mère ou au survivant d'entre-eux ;
- à défaut, aux ayants droit selon la dévolution successorale.

L'assuré, pour les autres prestations.

Consolidation

Moment à partir duquel l'état du blessé ou du malade est considéré comme permanent et présumé définitif, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice

Déchéance

Perte de son droit à garantie en cas de non-respect par l'Assuré de ses obligations après survenance d'un sinistre.

Dommage corporel

Toute atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'une personne ainsi que tous les préjudices pécuniaires en résultant.

Enfants à charges

Les enfants légitimes, naturels ou adoptés, non mariés, âgés de moins de 18 ans s'ils sont à la charge fiscale de leurs parents. Les enfants de moins de 25 ans effectuant des études et à charge fiscalement seront également considérés comme à la charge de leurs parents.

Franchise
Somme toujours déduite de l'indemnité due après sinistre restant à la charge de l'assuré.

Indemnité
Somme versée par l'Assureur en cas de sinistre garanti au titre du présent contrat.

Incapacité temporaire totale de travail à la suite d'accident
État de santé médicalement constaté, obligeant l'assuré à arrêter totalement et temporairement, l'exercice de ses activités professionnelles à la suite d'un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident
Atteinte présumée définitive des capacités physiques ou mentales de l'assuré, suite à un accident survenu pendant la période de validité du contrat.

Maladie
Toute altération de la santé de l'assuré constatée par une Autorité médicale compétente.

Sinistre
Survenance d'un accident atteignant un assuré et donnant lieu au versement d'un capital et/ou d'indemnités.

Sinistre collectif
L'ensemble des réclamations formulées à l'Assureur par des bénéficiaires différents, à partir du moment où ces réclamations sont consécutives à un seul et même fait générateur.
Lorsqu'un même fait générateur affecte plusieurs Assurés et que le total des indemnités dues dépasse la limite de garantie pour sinistre collectif, l'Assureur effectue entre les bénéficiaires une répartition proportionnelle, sans qu'aucune préférence ne soit accordée, ni à l'ordre de présentation des réclamations, ni à l'une des catégories d'indemnités assurées.
Toutefois, pour cette répartition, il n'est tenu compte que des seules réclamations présentées à l'Assureur dans le délai de deux ans après la date de l'accident. En cas de contestation, il est procédé, par les soins du Président du Tribunal de Grande Instance compétent, à la désignation d'un amiable compositeur chargé de veiller ou de procéder lui-même, le cas échéant, à cette répartition proportionnelle.

Souscripteur
La personne morale dénommée aux Conditions particulières, qui signe le contrat et s'engage à acquitter les cotisations émises aux périodes définies.

Article 2. ACTIVITES GARANTIES

2.1. Activités sportives

La pratique du cyclotourisme en toutes circonstances et 24 heures sur 24 sous forme de sorties individuelles ou collectives que ce soit à bicyclette, à vélo tout terrain (V.T.T.), V.T.C., à tandem, triplette, han bike, vélo à assistance électrique (VAE) selon la norme en vigueur ou engin analogue (y compris lors de manifestations de cyclotourisme hors FFCT), mus par la force musculaire (les vélos à assistance électrique ou VAE conformes aux normes et considérés comme des vélos sont admis. Les vélos à assistance thermique ou VAT sont exclus et ne sont pas autorisés par les conditions préétablies).
Les activités pratiquées dans les Ecoles françaises de vélo agréées et dans les vélos écoles.
La participation aux manifestations inscrites aux calendriers départementaux, régionaux, national, de la FFCT
La pratique des activités telles que mise en condition physique, pratique du camping, randonnées pédestres, ski de fond ne nécessitant pas d'équipements spécifiques, et la pratique du Home trainer.
L'organisation lors de sortie cyclotouriste, d'activités ne nécessitant ni encadrement, ni matériel ou agrès (jeu de ballons, baignade, visite…).

La pratique du cyclotourisme par des non licenciés FFCT dans le cadre de randonnées cyclotouristes, tout terrain, permanentes et circuits touristiques, suivant l'une des options A, B, B+ définie au contrat et souscrite par le club ou l'organisateur,

La pratique du cyclotourisme par un pratiquant étranger **ou un français résidant à l'étranger :**

- lorsqu'il s'agit d'une organisation sous l'égide d'un club FFCT (y compris pour les sorties organisées hors de France) **(qu'il soit licencié ou dans le cadre des options A et B),**
- pour la pratique individuelle, mais uniquement en France Métropolitaine et DROM-COM, lorsqu'il est licencié à la FFCT.

2.2 Activités non sportive

Le fonctionnement des bureaux (Fédération, Comités régionaux, Comités départementaux et clubs affiliés),

Les réunions, les missions et permanences liées aux activités assurées,

La formation dispensée par les Ecoles françaises de vélo,

Les activités de formation ou d'accompagnement éducatif,

L'organisation de manifestations diverses telles que bal, loto, pot de l'amitié, buffet, projection photo, vide grenier… à l'exclusion des manifestations rassemblant plus de 500 personnes et/ou soumises à une autorisation préalable des pouvoirs publics (et n'ayant pas fait l'objet d'une déclaration préalable à l'assureur).

Les trajets "aller-retour" effectués pour se rendre sur les lieux des activités assurées (y compris les trajets « aller-retour » effectués à vélo).

2.3 Les activités exclues de la garantie du contrat

N'entrent pas dans le champ d'application de la garantie du présent contrat et demeurent exclues les activités suivantes :

- **Les activités pratiquées dans un but lucratif en dehors de missions au profit de la FFCT**
- **Ski alpin, bobsleigh, skeleton, ice surfing,**
- **Alpinisme**
- **Spéléologie**
- **Canyoning/Rafting**
- **Sports de combat**
- **La pratique de tous sports et /ou loisirs aériens y compris les exercices acrobatiques, sauts dans le vide ou à l'élastique, paris ou défis, raids sportifs.**
- **La pratique de tous sports et/ou loisir comportant l'utilisation d'engins à moteurs terrestres ou nautique**
- **Le trajet « domicile/travail », ainsi que tout accident relevant de la législation du travail.**
- **La pratique sur vélodrome.**
- **Les compétitions**
- **Les cyclosportives,** sauf pour les licenciés ayant pris l'option Vélo Sport validée par la Fédération.
- **La mise en place de signaleur,** l'assistant de parcours tel que défini dans la réglementation FFCT est autorisé.

Article 3. L'OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir, au bénéficiaire, le paiement d'indemnités et/ou d'un capital, en cas de réalisation des risques suivants, atteignant l'assuré pendant la durée du contrat et dans les limites et conditions de ce dernier dans le cadre des activités garanties aux articles 2.1 et 2.2 du contrat.

Les garanties souscrites sont inscrites sur le Bulletin de souscription.

LES GARANTIES DE BASE

Décès à la suite d'accident

En cas de décès consécutif à un accident corporel garanti l'Assureur verse aux bénéficiaires le capital garanti selon la formule choisie (Petit Braquet ou Grand Braquet).

Pour ouvrir droit au versement du capital, le décès devra intervenir au plus tard dans les 24 mois qui suivent l'accident

	Formule Petit Braquet	Formule Grand Braquet
Décès accidentel	5 000 €	15 000 €

En cas d'incapacité permanente suivie de décès, le capital éventuellement versé au titre de l'incapacité permanente totale ou partielle vient en déduction de celui à payer au titre du décès.
Si le décès, quoique survenant dans le délai de 24 mois à dater de l'événement assuré, se produit après qu'un règlement ait été effectué au titre de la garantie "Invalidité permanente", le bénéficiaire perçoit la différence entre le capital décès et la somme déjà versée au titre de l'invalidité permanente si celle-ci est inférieure.
En cas de décès **d'origine cardio-vasculaire ou vasculo-cérébral/AVC**, l'assureur versera aux bénéficiaires le capital fixé.
Le montant du capital versé sera fonction de la présence d'un test à l'effort sans contre-indication à la pratique du vélo, de moins de 2 ans à compter de la date de délivrance de la licence de l'année n cours et selon la formule choisie (Petit Braquet ou Grand Braquet).

	Formule Petit Braquet	Formule Grand Braquet
Décès ACV/AVC (1) : - En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans,	1 500 €	2 500 €
Décès ACV/AVC (1) : - En Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	3 000€	7 500€

Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précédent la délivrance de la licence de l'année en cours.

Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident
En cas d'accident survenu au cours des activités assurées et entrainant une invalidité permanente l'Assureur verse un capital en fonction de la formule choisie (Petit Braquet ou Grand Braquet) et du taux d'invalidé :

	Formule Petit Braquet	Formule Grand Braquet
Invalidité permanente totale (réductible partiellement Selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < 5 %	30 000 € Versé en totalité si taux d'invalidité > ou égale à 66%	60 000 € Versé en totalité si taux d'invalidité > ou égale à 66%

en cas d'incapacité permanente totale c'est à dire si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66% : versement du capital total,
• en cas d'incapacité permanente partielle : versement d'un capital égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidé retenu.
Le taux d'invalidité permanente est, après consolidation, fixé par expertise médicale réalisée en France, par référence au barème fonctionnel du « CONCOURS MEDICAL », et sans tenir compte de la profession du l'assuré.
Il est précisé que les invalidités permanentes dont le taux est inférieur ou égal à 5% ne donnent pas lieu à versement.
En cas d'aggravation entrainant un préjudice nouveau et distinct de celui déjà réparé et en relation de causalité avec l'accident, cette aggravation pourra faire l'objet d'une indemnisation.
La demande en réparation de l'aggravation devra être présentée à l'assureur, en application de l'article L114-1 du Code des Assurances, dans les 2 ans à compter de la manifestation de cette aggravation.

Frais médicaux à la suite d'accident :
L'assureur garantit à l'Assuré, le remboursement des frais médicaux prescrits par un médecin, remboursables ou non par le régime obligatoire, nécessités par un accident garanti dans la limite **d'un forfait de 3 000€.**
Sont notamment compris dans les frais médicaux :
Les honoraires médicaux, les frais chirurgicaux et d'auxiliaire médicaux, les frais pharmaceutiques (y compris frais d'analyse et d'examen), les frais d'hospitalisation **(les frais de location de télévision et de téléphone, ne sont pas pris en charge)**, les frais de chambre particulières, les frais de première prothèse **(hors prothèses dentaire),** les frais de premier appareillage, les frais de transport et le forfait journalier hospitalier.
Pour les actes non prescrits et non remboursables, l'assureur garantit la prise en charge de 3 séances d'un montant forfaitaire de 50 € par accident dans la limite **du forfait Frais médicaux de 3 000€.**
Pour les cures thermales, l'assureur prend en charge, uniquement en complément de la Sécurité Sociale et de la complémentaire santé, les frais restés à charge, de cure thermale prescrit médicalement dans la limite **du forfait Frais médicaux de 3 000€.**
Les présentes indemnités garanties viennent, uniquement et s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature qui pourraient être garanties à l'Assuré par la Sécurité Sociale ou par tout autre organisme de prévoyance collective, y compris les mutualistes, ou par un contrat d'assurance similaire au présent contrat, sans que l'Assuré puisse percevoir au total, un montant supérieur à ses débours réels, et sous réserve des dispositions législatives et réglementaires applicables en la matière.
Pour les personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture sociale, les prestations frais médicaux sont versées dans la limite des forfaits du présent contrat.
Il est précisé que l'Assureur ne peut se suppléer à la négligence d'un Assuré au regard des dispositions légales et réglementaires qui lui permettraient d'être pris en charge au titre d'un régime obligatoire.

Les frais de prothèse dentaire donnent lieu au remboursement suivant:
- Forfait de 250€ par dent (maxi 4)
- Forfait de 500€ dans le cas de la réparation ou du remplacement de prothèses ou d'appareils existants endommagés à l'occasion d'un accident garanti.

Les frais de lunettes brisées donnent lieu au remboursement suivant :
- 120€ par verre
- 200€ par monture

dans la limite des frais engagés.

La perte n'est pas garantie.

Les frais de réparation ou de remplacement de prothèse existante sont limités à 500€.

La perte n'est pas garantie

Sont couverts les frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive lorsqu'ils sont la conséquence d'un événement garanti et prescrits médicalement dans la limite de garantie de 3000 €. Ces frais sont étendus aux frais de transport correspondants.

Limite de garantie dans le temps
Il est convenu que la garantie s'exerce pendant la période d'I.T.T. (Incapacité Temporaire Totale) et jusqu'à la date de consolidation.

Ne seront donc pas pris en considération les frais se rapportant à des prescriptions et actes médicaux délivrés après la date de consolidation.

Limitation en cas de sinistre collectif :
Une limitation de **7.000.000 euros** en cas de sinistre collectif est applicable au présent contrat.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Indemnités Journalières à la suite d'accident
Cette garantie est acquise uniquement si l'option a été souscrite sur le bulletin de souscription en complément de la formule Petit Braquet ou Grand Braquet.
L'assureur garantit à l'assuré le versement d'indemnités Journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'Assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) **l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30€ par jour, à compter du 4ème jour d'arrêt et ce jusqu'au 365ème jour consécutif.** Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'Assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'Assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur **verse une indemnité journalière forfaitaire de 30€ par jour, à compter du 4ème jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.**

Complément de garantie Invalidité permanente et Décès à la suite d'accident

Cette garantie est acquise uniquement si l'option a été souscrite sur le bulletin de souscription en complément de la formule Petit Braquet ou Grand Braquet. Les sommes ci-dessous viennent renforcer celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Décès	25 000€	50 000 €
Invalidité permanente totale (1) (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < ou égale à 5%	50 000€*	100 000 €*

* En cas d'invalidité permanente partielle le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidé retenu.
(1) Tout évènement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo-cérébral/AVC est exclu.

Article 4. DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE CUMUL D'INDEMNITES

Aucun accident ne peut donner droit simultanément au versement de capitaux décès et invalidité permanente totale ou partielle.
En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé, déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité.
A contrario, dans le cas où après avoir perçu une indemnité résultant d'une invalidité consécutive à un accident garanti, l'assuré venait à décéder dans un délai de 2 ans des suites du même accident garanti, l'assureur versera au bénéficiaire le capital prévu en cas de décès accidentel après déduction de l'indemnité déjà versée au titre de l'invalidité.

Lorsqu'un sinistre met en jeu à la fois la garantie du contrat RESPONSABILITE CIVILE et la garantie du contrat INDIVIDUELLE ACCIDENTS au profit d'une même victime, celle-ci percevra exclusivement, **sans cumul possible**, la plus élevée des indemnités résultant de l'une ou l'autre des garanties, les premiers règlements effectués au titre de l'une d'elles ayant un caractère d'avance à valoir sur le règlement définitif.
Si l'accident ne met pas en jeu la garantie responsabilité civile, la victime percevra la seule indemnité prévue au titre de la garantie individuelle accidents.

Article 5. EXCLUSIONS GENERALES

Sont exclus des garanties :

1. **La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.**
2. **Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement,**
3. **Les conséquences d'accident résultant :**
   - **de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;**
   - **de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination ;**
   - **de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;**
   - **d'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;**
4. **Les accidents du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française régissant la circulation automobile.**
5. **Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée,**
6. **Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.**
7. **Les accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel autre que le cyclisme.**
8. **Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.**
9. **Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide,**
10. **Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique,**

11. **Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur** sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics,
12. **Les conséquences :**

- **d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;**
- **de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;**
- **d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;**
- **de maladie ;**
- **d'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés.**

13. **Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.**

Article 6. ETENDUE TERRITORIALE

La garantie s'exerce pour les accidents survenus dans le monde entier. **Toutefois, les séjours et voyages hors de France métropolitaine, DROM-COM (Départements, Régions et Collectivités d'Outre-mer), principautés de Monaco et d'Andorre supérieurs à 90 jours consécutifs ne sont pas couverts**

Article 7. DISPOSITIONS EN CAS DE SINISTRE

7.1. Modalités de déclaration des sinistres

Sauf cas de force majeure, le sinistre doit être déclaré le plus rapidement possible, dans un délai maximum de 30 jours, à l'assureur, en adressant les pièces justificatives nécessaires suivantes requises pour le règlement de l'indemnité.
Le souscripteur ou l'Assuré doit préciser au Courtier gestionnaire la nature de la garantie souscrite et qui est amenée à jouer (dans le cadre de la licence ou des garanties complémentaires optionnelles). Outre la déclaration d'accident Individuelle selon le modèle FFCT/ASSUREUR disponible auprès des Comités, le souscripteur ou l'Assuré doit adresser à l'assureur les documents ci-après décrits :

En cas de décès accidentel de la victime :

- un extrait de l'acte de décès ;
- un certificat médical indiquant la cause exacte du décès ;
- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré ;
- une photocopie du livret de famille de l'assuré ;
- une photocopie du Pacte civil de solidarité.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces jugées nécessaires (copie du rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, etc.).

En cas d'Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'accident :

• un certificat médical détaillé, précisant la cause et les circonstances de l'accident, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail initiale ;
• la notification définitive d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'invalidité permanente en cas d'accident du travail, délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits ;
• la notification définitive d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'invalidité permanente en cas d'accident du travail, délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits ;
• une photocopie d'une pièce d'identité de l'assuré comportant le lieu de naissance, à défaut l'extrait d'acte de naissance ;
• le certificat de consolidation de l'assuré.

En plus des pièces ci-dessus, l'assuré devra remettre à l'assureur tout document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et l'invalidité (copie du rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, etc.) ainsi que toute autre pièce demandée par l'assureur permettant de constituer le dossier.
Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur.

L'assuré est tenu de se soumettre, toutes les fois où l'assureur le juge utile, à l'examen d'un médecin délégué par lui, sous peine, en cas de refus, de perdre le bénéfice de la garantie.

En cas de blessures de la victime :
• le certificat médical initial détaillé, précisant la cause et les circonstances de l'accident, la date de la première constatation médicale
• Si la victime est grièvement blessée : un certificat de prolongation précisant les raisons et la durée de ladite prolongation l'avis de prolongation d'arrêt de travail ;
• en cas d'hospitalisation, un bulletin d'hospitalisation précisant la date d'entrée et de sortie de l'hôpital. ;
• en cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que le certificat médical mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été fournis, ainsi que toute autre pièce demandée par l'assureur permettant de constituer le dossier.
Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur.

Pour obtenir un règlement définitif :
Pour le remboursement des frais médicaux : l'Assuré doit fournir les décomptes de Sécurité Sociale et/ou de tout autre régime de prévoyance pour évaluer la différence entre les frais garantis et ceux déjà remboursés.
En cas d'invalidité permanente : une expertise médicale est diligentée pour déterminer le degré d'invalidité selon le barème prévu au contrat lorsque la consolidation des blessures est effective.
En cas d'incapacité temporaire de travail et pour autant que l'assuré ait souscrit les garanties complémentaires, il devra fournir un certificat d'arrêt de travail, un justificatif de perte de salaire délivré par l'employeur et un certificat de reprise de travail indiquant si la reprise est totale ou partielle.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur.

7.2. Règlement des indemnités

Les indemnités sont payables en France et en euros comme suit :
Paiement du capital décès
Le capital décès est versé au bénéficiaire désigné sur le bulletin de souscription et à défaut ses ayants droits dès que l'assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre décès.
Paiement du capital invalidité
Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'assuré et au plus tard dans un délai de 3 ans à compter de la date de l'accident. Le capital invalidité est versé à l'assuré dès que l'assureur a reçu, examiné et validé toutes les pièces reçues et éventuellement réclamées par celui-ci, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la totalité des pièces requises à l'analyse du sinistre.
En cas d'invalidité permanente, si l'accord des parties sur le taux d'invalidité définitif n'est pas intervenu ou si la consolidation n'est pas survenue à l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la date de déclaration du sinistre, des acomptes peuvent être versés sur demande de l'assuré.

Remboursement des frais médicaux

A réception des décomptes de Sécurité Sociale et/ou de tout autre régime de prévoyance l'Assureur évaluera la différence entre les frais garantis et ceux déjà remboursés.

L'indemnisation viendra, s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature qui pourraient être allouées à l'assuré, s'il est affilié à un régime obligatoire ou tout autre régime de prévoyance sans qu'il puisse percevoir au total un montant supérieur à celui de ses débours réels.

Si l'assuré n'est pas affilié à un régime obligatoire ou à tout autre régime de prévoyance, la garantie s'exercera à compter du premier euro. Les frais qui ne sont pas normalement pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ne seront pas indemnisés.

Indemnités Journalières à la suite d'accident (uniquement si l'option a été souscrite sur le bulletin de souscription)

Versement d'indemnités Journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident dans les cas suivants :

- en cas d'arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) **l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30€ par jour, à compter du 4ème jour d'arrêt et ce jusqu'au 365ème jour consécutif.**

(Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'Assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur).

- en cas d'hospitalisation pendant une période supérieure à 4 jours : **versement d'une indemnité journalière forfaitaire de 30€ par jour, à compter du 4ème jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.**

7.3. Gestion des sinistres avec l'outre-mer

L'Assureur dispose avec l'OUTRE-MER de structures et d'un réseau complet de prestataires : médecins, avocats, experts et inspecteurs sinistres qui peuvent intervenir en cas de besoin.

7.4. Situations particulières

En cas d'accident de la circulation impliquant un véhicule terrestre à moteur, le cycliste victime d'un dommage corporel est indemnisé en priorité par l'assureur du véhicule impliqué dans l'accident. Ce dernier est tenu de lui présenter une offre d'indemnisation dans le délai de 8 mois en application de l'article L. 211-9 du Code des Assurances. Dans ce cas, l'assureur n'intervient pas au titre de la garantie Individuelle Accident, mais au titre de la garantie Défense Recours du contrat Responsabilité civile, pour assister la victime et veiller à ce que l'assureur du responsable (ou le fonds de garantie en cas de non-assurance) lui présente dans les délais requis une offre d'indemnisation portant sur tous les éléments indemnisables du préjudice.

Article 8. VIE DU CONTRAT

8.1. Prise d'effet – durée des garanties et du contrat pour le Licencié :

Pendant les mois de septembre à novembre, les nouveaux pratiquants n'ayant jamais été licenciés ont la possibilité de prendre une licence en fin de saison qui a la particularité d'avoir une durée de validité de 16 mois.

Pour les garanties de base et les garanties optionnelles, celles-ci prennent effet à compter du jour où la FFCT aura reçu le bulletin de souscription ainsi que la cotisation correspondante jusqu'au terme de la saison sportive.

Les licenciés d'une année N sont couverts par le contrat pendant l'année N dès leur prise de licence. Et au plus tôt le 1er janvier de l'année N ainsi que pendant les mois de janvier et février de l'année N+1.

Pour les adhésions intervenant en cours d'année, les garanties sont acquises à compter du jour où la FFCT aura reçu le bulletin de souscription ainsi que la cotisation correspondante, aucun prorata de cotisation ne sera effectué, la cotisation annuelle sera due dans son intégralité.

Dans le cas d'une licence fin de saison ou annuelle, la formule choisie à l'adhésion « Mini Braquet », « Petit Braquet » est modifiable sauf en « Grand Braquet ». Le seul cas où la formule est modifiable en « Grand Braquet » est lors d'une acquisition d'un vélo neuf en cours d'année ; dans ce cas, il devra se rapprocher de la Fédération et lui présenter sa facture d'achat datant d'un mois maximum. Il s'engage à régler le supplément de cotisation que la Fédération lui aura indiqué.

Pour les renouvellements des licences, en cas de changement de formule d'assurance par rapport à la saison précédente, la nouvelle formule choisie prendra effet à partir du 1er janvier de la nouvelle saison pour les licences souscrites en décembre ou à la date de souscription si celle-ci est effectuée à partir du mois de janvier de la nouvelle saison.

Les garanties cessent de plein droit dès lors que l'Assuré n'est plus licencié auprès de la FFCT sans qu'il soit pour autant dérogé aux dispositions de l'annexe : « Fonctionnement des garanties dans le temps ».

La période de validité de la licence est fixée du 1er janvier de l'année N au 28 Février de l'année N+1

8.2. Obligations de l'Assuré et/ou du Souscripteur en cours de contrat

À la souscription du contrat

Le contrat est établi d'après les déclarations du Souscripteur et/ou de l'assuré et la cotisation est fixée en conséquence. Le Souscripteur et ou l'assuré doit, sous peine des sanctions prévues ci-après, répondre exactement aux questions posées par l'Assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque, sur les circonstances lui permettant d'apprécier le risque.

En cours de contrat

L'Assuré ou, à défaut, le Souscripteur doit déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'Assureur. Cette déclaration doit être faite, par lettre recommandée, dans un délai de 15 jours à partir du moment où le Souscripteur a connaissance de ces circonstances.

Lorsque cette modification constitue une aggravation du risque, l'Assureur peut proposer une augmentation de cotisation ou résilier le contrat. Dans le premier cas, si dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de l'Assureur, le Souscripteur refuse cette proposition ou ne lui donne pas suite, l'Assureur peut résilier le contrat. Dans le second cas, l'Assureur rembourse au Souscripteur la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Dans tous les cas, la résiliation prend effet 10 jours après notification au Souscripteur.

Lorsque cette modification constitue une diminution du risque, le Souscripteur a droit à une diminution du montant de la cotisation. Si l'Assureur n'y consent pas, le Souscripteur peut dénoncer le contrat. La résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation et l'Assureur rembourse au Souscripteur la portion de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

Sanctions

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration des circonstances ou des aggravations visées aux paragraphes précédents est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions suivantes :

- **en cas de mauvaise foi du Souscripteur ou de l'Assuré, par la nullité du contrat ;**
- **si la mauvaise foi du Souscripteur ou de l'Assuré n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés. Le tarif pris pour base de cette réduction est, selon le cas, celui applicable, soit lors de la souscription du contrat, soit au jour de l'aggravation du risque ou, si celui-ci ne peut être déterminé, lors de la dernière échéance précédant le sinistre.**

8.3. Cessation des garanties

Les garanties cessent à l'égard de l'Assuré en cas de réalisation du risque Décès ou d'Invalidité Permanente Totale.

8.4. Résiliation du contrat

Comment résilier ?

- Par l'assureur : lettre recommandée adressée à la dernière adresse connue de l'assuré
- Par l'assuré : soit par déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'assureur, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, soit par tout autre moyen indiqué dans la police.

Dans quelles circonstances ?

1/ par l'assureur

- A l'échéance annuelle (art L113-12 du code des assurances)

Lorsque l'assuré a souscrit à des fins professionnelles, l'assureur peut résilier par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique en respectant le délai de préavis prévu au contrat

- En cas de changement de situation de l'assuré (art L113-16 et R113-6 du code des assurances)

La résiliation doit être effectuée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

- En cas de non-paiement de la prime (art L113-3 du code des assurances)
- En cas d'aggravation du risque (art L113-4 du code des assurances)
- En cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (L113-9 du code des assurances)
- Après sinistre (art R113-10 du code des assurances)

2/ par l'assuré

- A l'échéance annuelle (art L113-12) du code des assurances.

L'assuré peut résilier uniquement par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique en respectant le délai de préavis.

- En cas de changement de situation de l'assuré (art L113-16 et R113-6 du code des assurances) La résiliation doit être effectuée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception.
- En cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à la réduction de cotisation correspondante (L113-4 du code des assurances).
- En cas de résiliation par l'assureur d'un autre contrat après sinistre (art R113-10 et A 211-1-2).
- En cas de transfert de portefeuille de l'assureur (art L324-1 du code des assurances)
- Pour les contrats d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles et relevant des branches prévues par le code des assurances : l'assuré peut, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, résilier le contrat, sans frais ni pénalités (art L113-15-2 du code des assurances)

A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités (art L113-15-2 du code des assurances pour l'assuré personne physiques en dehors de ses activités professionnelles

3/ par l'héritier, l'acquéreur d'une part, ou l'assureur d'autre part en cas de transfert de propriété d'une chose (L121-10 du code des assurances)

4/ par l'administrateur ou le liquidateur judiciaire

- En cas d'ouverture d'une procédure de sauvegarde, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire (L622-13 du Code de Commerce).

5/ de plein droit

- En cas de perte totale de la chose résultant d'un évènement non garanti (L121-1 du code des assurances).
- En cas de retrait d'agrément ou liquidation judiciaire de l'assureur (L326-12 et L113-6 du code des assurances).
- En cas de réquisition de propriété des biens assurés (L160-6 et R160-9 du code des assurances).

8.5. Droit aux prestations en cas de résiliation ou d'expiration du contrat

Les prestations cessent d'être dues à la date de prise d'effet de la résiliation lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation :

- par l'Assureur pour l'un des motifs suivants : non-paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans les déclarations du risque à la souscription ou en cours de contrat, par le Souscripteur.
- de plein droit en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

Lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation pour un motif autre que ceux indiqués ci-dessus, les prestations sont dues jusqu'à la fin du traitement médical et au plus tard jusqu'à la consolidation.

8.6. Les cotisations

La cotisation est indiquée au bulletin d'adhésion en fonction de la formule choisie par l'assuré.

La cotisation peut être revu périodiquement ou à tout moment en cas de majoration du taux de taxes applicable.

8.6.2. Recouvrement en cas de non-règlement des cotisations

Conformément à l'article L113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons, moyennant un préavis de 30 jours, suspendre la garantie et 10 jours après la prise d'effet de la suspension, résilier le contrat. Vous en êtes informé par lettre recommandée. La suspension de garantie pour non-paiement de cotisation ne vous dispense pas de payer vos cotisations.

La remise en vigueur de votre contrat après suspension des garanties est conditionnée au paiement intégral de votre cotisations et des frais de poursuite et de recouvrement.

Ces frais correspondent aux coûts de mise en demeure de payer les cotisations émises par l'assureur conformément aux dispositions de l'article L113-3 alinéas 2 et 4 du Code des assurances. Les frais de poursuite et de recouvrement sont de 84€

La remise en vigueur est effective à midi le lendemain du jour de votre paiement.

Sans préjudice des dispositions ci-dessus, si le paiement de votre cotisation est fractionné, tout retard de paiement d'une des fractions entraînera de plein droit l'exigibilité immédiate du total des fractions restant dues. Le paiement intervenu après la résiliation de votre contrat ne le remettra pas en vigueur.

Tout sinistre intervenu pendant la période de suspension des garanties ne sera pas pris en charge par l'Assureur.

8.7. Contrôle de l'assureur

Dans tous les cas et à toute époque l'Assureur se réserve le droit de nommer le médecin expert de son choix, lequel aura pour mission de constater que l'état de santé de l'Assuré rentre effectivement dans le cadre des garanties définies au contrat. Le médecin mandaté par l'Assureur devra avoir libre accès auprès de l'Assuré et pourra se faire communiquer les documents qu'il jugera nécessaires. **À défaut, l'Assuré se trouvera déchu de tout droit à indemnité.** Il est bien entendu que les décisions prises par la Sécurité Sociale et les certificats médicaux nécessaires à la mise en œuvre des garanties sont inopposables à l'Assureur.

8.8. Information de l'assuré

Le Souscripteur s'engage à aviser l'Assuré par lettre recommandée des modifications apportées au contrat d'assurance pour compte, de sa suspension ou résiliation, quels qu'en soient les motifs et la partie qui en a pris l'initiative.

8.9. Arbitrage

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente. Dans ce cas, les honoraires du médecin que l'Assureur charge de réaliser cette expertise, sont réglés par ses soins. L'assuré peut être assisté du médecin de son choix.
Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'Assuré par lettre recommandée avec accusé de réception. Elles peuvent conduire l'Assureur à cesser, à refuser ou à réduire le versement de ses prestations.
En cas de contestation d'ordre médical portant sur les causes ou les conséquences du sinistre, le différend est soumis à une expertise.
Chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin ; les trois médecins opèrent alors en commun et à la majorité des voix.
Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance ou du Tribunal de Commerce du domicile du Souscripteur et/ou de l'Assuré.
Dans la troisième éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi, à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception ; s'il y a lieu à désignation d'un troisième médecin, celle-ci est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.
Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et les frais de sa nomination.

8.10. Subrogation

Après le paiement des sommes assurées en cas de décès, d'invalidité permanente ou d'incapacité temporaire aucun recours n'est possible contre le responsable du sinistre, conformément à l'article L 131 2 du Code des assurances.

Il en va de même pour les autres garanties souscrites, à l'exception de la garantie des frais de traitement, pour laquelle, lorsqu'une indemnité a été versée, l'assureur est substitué dans les droits et actions de l'assuré jusqu'à concurrence de cette indemnité contre tout responsable du dommage.

Si par le fait de l'assuré cette subrogation ne peut s'opérer, la garantie de l'assureur cesse d'être engagée.

Ces dispositions ne s'appliquent pas, sauf en cas de malveillance, à son conjoint, ses descendants et ascendants, préposés, ainsi qu'à toutes personnes vivant habituellement au foyer de l'assuré.

8.10. Déchéance

Si, suite à la survenance d'un Sinistre et à l'occasion de la déclaration de celui–ci à l'Assureur ou au représentant de l'Assureur, l'Assuré ou le Souscripteur est de mauvaise foi , fait de fausses déclarations, emploie comme justificatifs des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, l'Assuré est déchu de tout droit à indemnité pour le Sinistre en cause.

8.11. 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 :
- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
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 constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles 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 ;
- 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 ;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.

8.12 .Réclamations

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours au processus de la médiation. Cette procédure ne constitue toutefois pas un préalable obligatoire au droit de l'assuré d'engager une action en justice et de saisir le tribunal compétent. **L'assuré doit dans un premier temps contacter, par téléphone ou par écrit, son interlocuteur habituel** ou son service client. Par la suite, et si une incompréhension subsiste, l'assuré peut faire appel à la Direction Relations Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA France
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise Cedex 9

ou depuis le site axa.fr (via le formulaire en ligne accessible https ://www.axa.fr/services-en-ligne.html) en précisant le nom et le numéro du contrat ainsi que les coordonnées complètes de l'assuré.

La situation de l'assuré sera étudiée avec le plus grand soin. Les délais de traitement de la réclamation sont les suivants : un accusé de réception sera adressé à l'assuré dans un délai de 10 jours, et il recevra une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous tiendrons l'assuré expressément informés).
Enfin, et dans la mesure où aucune solution n'a été trouvée, l'assuré pourra faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en s' adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site mediation-assurance.org
Par courrier : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.
L'intervention du Médiateur est gratuite. Le Médiateur doit être saisi dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de l'interlocuteur habituel de l'assuré ou de nos services.
Le Médiateur formulera un avis dans les 3 mois à réception du dossier complet. L'assuré et AXA France restent libres de le suivre ou non. À tout moment, l'assuré a la possibilité de saisir le Tribunal français compétent.