



Complémentaire Santé

Conditions Générales
Notice d'information



réinventons / notre métier

Votre contrat d'assurance complémentaire santé	2
Vos garanties	3
Que prenons-nous en charge ?	3
Comment établissons-nous votre remboursement ?	3
Dans quels cas intervenons-nous ?	3
• Vous consultez un médecin	3
• Vous faites appel à un auxiliaire médical	3
• Vous réalisez des examens médicaux	3
• Vous achetez des médicaments, des appareillages ou des prothèses diverses	3
• Vous achetez des lunettes ou des lentilles de contact	4
• Vous achetez une prothèse auditive	4
• Vous consultez un chirurgien-dentiste	4
• Vous êtes hospitalisé	4
• Votre médecin vous prescrit une cure thermale	5
• Vous venez d'avoir un enfant	5
• Votre enfant est assuré au contrat...	5
• Si vous êtes bénéficiaire d'une formule de garantie « Esprit de Famille » ou « Esprit PRO »	5
• Si vous êtes bénéficiaire d'une formule de garantie « Esprit PRO »	5
• Si vous êtes bénéficiaire d'une formule de garantie « Esprit Vitalité »	6
• Si vous êtes bénéficiaire d'un formule de garantie « Bien-Etre 400 »	7
Vos cotisations	8
Délai de renonciation	8

Votre contrat d'assurance complémentaire santé /

Votre contrat a pour **objet** de vous garantir le **remboursement total ou partiel de vos dépenses de santé** dans le cadre des conditions définies ci-après.

La souscription de votre contrat d'assurance complémentaire santé est différente selon le statut dont vous bénéficiez à titre personnel ou en tant qu'ayant droit.

Si votre Régime Obligatoire est celui

- **des travailleurs salariés ou assimilés,**
- **des salariés agricoles,**
- **de l'AMEXA,**
- **de l'Alsace Moselle,**

vous souscrivez, auprès d'AXA, **un contrat individuel.**

Votre contrat est composé :

- des présentes Conditions générales qui définissent le fonctionnement du contrat et des garanties,
- des Conditions particulières qui précisent l'identité des personnes assurées, la formule, les garanties que vous avez choisies et leur niveau.

Si votre Régime Obligatoire est celui

- **des travailleurs non salariés non agricoles,** vous **adhérez alors au contrat d'assurance de groupe** à adhésion facultative souscrit, auprès d'AXA, par l'association vous représentant.

Ce contrat est souscrit dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite loi **Madelin**, qui autorise la déduction fiscale de vos cotisations.

Votre adhésion est composée :

- de la présente **Notice d'information** qui définit le fonctionnement du contrat et des garanties,
- du **Certificat d'adhésion** qui précise l'identité des personnes assurées, la formule, les garanties que vous avez choisies et leur niveau.

Pour faciliter votre lecture de ce document, nous désignerons par "**Conditions personnelles**" aussi bien les **Conditions particulières** que le **Certificat d'adhésion**.

Votre contrat prend effet à la date indiquée dans vos Conditions personnelles. Il est souscrit pour une durée d'un an renouvelable automatiquement à chaque échéance principale.

Vous pouvez y mettre fin :

- à la date d'échéance principale de votre contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins trois mois avant cette date,
- lors d'une modification de votre situation – lorsque celle-ci a un effet sur les risques garantis par votre contrat – en nous adressant une lettre recommandée dans les trois mois suivant cette modification.

Nous pouvons y mettre fin exclusivement dans les deux cas suivants :

- si vous ne réglez pas vos cotisations, 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure,
- en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de votre part.

Votre contrat est régi par le Code des Assurances. L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est la Commission de Contrôle des Assurances située 54, rue de Châteaudun 75009 Paris.

Si après vos contacts avec notre représentant ou avec notre service à la clientèle, un litige persiste, vous pourrez faire appel au médiateur par leur intermédiaire.

Ce recours est gratuit. Le médiateur s'engage à formuler son avis dans les trois mois. Son avis ne s'impose pas, ce qui nous laisse toute liberté pour saisir éventuellement le tribunal compétent.

Toute action dérivant de votre contrat (contestation, recours...) ne peut être engagée que dans les deux ans suivant l'événement qui lui a donné naissance.

Le règlement des prestations est effectué en France en euros.

Vos garanties /

Que prenons-nous en charge ?

Dans cette partie, nous désignons par “ vous ” toutes les personnes assurées qui sont précisées aux Conditions personnelles.

Nous prenons en charge, en fonction des garanties et limites décrites dans vos Conditions personnelles :

- les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français et, le cas échéant, par tout autre régime complémentaire,
- d'autres frais précisés dans ce document ou dans vos Conditions personnelles.

Nous ne prenons pas en charge, quelle que soit la formule choisie :

- les frais antérieurs de deux ans à la date de leur présentation,
- les frais de chirurgie esthétique, si celle-ci n'est pas consécutive à un accident ou à une maladie,
- les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre régime obligatoire ne suffit pas, vous devrez nous fournir des justificatifs complémentaires : facture, prescription, note d'honoraires...),
- la participation forfaitaire.

Comment établissons-nous votre remboursement ?

- Nous le calculons à partir des informations figurant sur le décompte de votre régime obligatoire d'assurance maladie, ou de tout autre document justificatif de vos dépenses de santé.
- nous le déterminons, acte par acte, en fonction des garanties que vous avez choisies, déductions faites, des remboursements de votre régime obligatoire, de la participation forfaitaire, ou des remboursements de tout autre régime complémentaire. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais réellement engagés.
- lorsque le praticien n'est pas conventionné, la part que vous auriez remboursée votre régime obligatoire s'il était conventionné, reste à votre charge.

Dans quels cas intervenons-nous ?

Nous intervenons en fonction des garanties et des limites décrites dans vos Conditions personnelles.

• **Vous consultez un médecin** (généraliste, spécialiste)

Nous prenons en compte vos frais de consultation, de visites et les actes que le médecin aura pratiqués (actes cliniques et techniques, actes de spécialité : radiographie et imagerie médicale).

Formalité à remplir si vous avez souscrit une formule « Esprit Vitalité » :

La formule « Esprit Vitalité » prévoit le remboursement d'une partie des dépassements d'honoraires des consultations de certains spécialistes indiqués dans vos conditions personnelles (Chirurgie orthopédique, Urologie, Rhumatologie, Cardiologie et Gynécologie) ainsi qu'un remboursement spécifique concernant la prise en charge de la prévention du glaucome et de la cataracte.

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission (liaisons automatiques avec votre régime d'assurance maladie obligatoire) **et si vous relevez d'un autre régime que celui du régime général des travailleurs salariés**, vous devez, pour obtenir ces prestations, nous transmettre une photocopie de votre feuille de soins où de l'ordonnance qui a pu vous être délivrée à l'occasion de ces consultations.

• **Vous faites appel à un auxiliaire médical** (infirmier, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)

Nous prenons en compte les visites et les actes qu'il aura effectués.

- **Vous réalisez des examens médicaux** (analyse biologique)

Nous prenons en compte les frais qui s'y rapportent.

- **Vous achetez des médicaments, des appareillages ou des prothèses diverses**

Nous prenons en compte les frais qui s'y rapportent.

En outre, nous remboursons intégralement le vaccin contre la grippe prescrit par ordonnance lorsque celui-ci n'est pas pris en charge par votre régime obligatoire.

- **Vous achetez des lunettes ou des lentilles de contact**

Dès lors qu'ils relèvent d'une prescription médicale et sur présentation de la facture de votre opticien, nous prenons en charge les montures et les verres de vos lunettes ainsi que les lentilles de contact, même si votre régime obligatoire les exclut (dans ce cas, vous devez nous adresser la prescription de votre ophtalmologiste).

Si vous avez souscrit une formule « Bien-Etre 400 », vous devez pour vos remboursements de frais d'optique, nous adresser la photocopie de la prescription et l'original de la facture.

- **Vous achetez une prothèse auditive**

Nous prenons en compte les frais d'appareillage.

Vous devez nous adresser la facture.

- **Vous consultez un chirurgien-dentiste**

Nous prenons en compte les frais de consultation, de prévention, de soins et de prothèses dentaires, dès lors qu'elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale.

Nous prenons en compte les implants comme le bridge ou l'appareil amovible le plus équivalent. Vous devez alors nous adresser une note d'honoraires détaillée.

- **Vous êtes hospitalisé**

Nous prenons en compte votre hospitalisation, à domicile ou dans un établissement public ou privé pour un court ou un moyen séjour. Vous devez nous adresser la facture de l'établissement hospitalier.

- Le court séjour inclut les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.

- Le moyen séjour inclut les soins nécessaires à votre rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Nous ne prenons pas en compte :

- les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

- les séjours commencés avant la date d'effet de votre contrat.

Notre prise en charge comprend les frais liés à l'hospitalisation :

- les frais de séjour, les frais de salle d'opération, la pharmacie, les honoraires et autres frais médicaux,

- le forfait journalier hospitalier,

- les frais de chambre particulière et de lit d'accompagnement,

- le transport sanitaire,

- les frais liés à l'hospitalisation à domicile.

Notre prise en charge comprend également des prestations d'assistance :

Pour en bénéficier, vous devez contacter, avant d'engager toute dépense, le service assistance et obtenir l'accord de l'équipe médicale.

Ces prestations sont limitées aux hospitalisations de plus de 24 heures, hors maternité, et à une intervention par assuré et par année d'assurance.

- Dès votre retour à votre domicile et pendant les 20 jours qui suivent, nous recherchons et prenons en charge :

- les services d'une aide ménagère qui accomplira les tâches quotidiennes que vous ne pouvez pas effectuer du fait de votre état physique, dans la limite de 40 heures, avec un minimum de deux heures consécutives par jour.
- les services d'une garde-malade, dans la limite de 40 heures, avec un minimum de 4 heures consécutives par jour.

Pour avoir droit à ces prestations, vous devez formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide ménagère/garde malade après bilan médical.

• **Votre médecin vous prescrit une cure thermale**

Nous prenons en charge les frais d'honoraires et autres frais médicaux.

• **Vous venez d'avoir un enfant**

Si vous assurez votre enfant dans les deux mois qui suivent sa naissance, nous vous versons une allocation de bienvenue dont le montant est prévu à vos Conditions personnelles.

• **Votre enfant est assuré au contrat...**

- *il ne peut se rendre à l'école*

Lorsque son état de santé nécessite, sur prescription médicale, une immobilisation au domicile ou une hospitalisation qui entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs. Ceux-ci dispensent à l'enfant des cours, en France métropolitaine, à votre domicile ou à l'hôpital dans les matières principales, dans la limite de 15 heures par semaine, hors jours fériés et vacances scolaires. La garantie est accordée jusqu'en classe de terminale, au maximum pour 8 semaines par année scolaire et par enfant.

Pour cette garantie, seules les prestations organisées par ou en accord avec le service assistance sont prises en charge au titre de votre contrat.

- *il suit un traitement d'orthodontie*

Nous prenons en charge (hors formule « Esprit Vitalité») chaque semestre de traitement accepté par votre régime obligatoire d'assurance maladie.

• **Si vous êtes bénéficiaire d'une formule de garantie « Esprit de Famille » ou « Esprit PRO » nous intervenons également dans les cas suivants :**

- *Accompagnement permettant de faire face aux problèmes quotidiens de la vie privée :*

- mise à disposition d'un service d'information pratique par téléphone sur les démarches concernant vos enfants : garde, crèche, baby-sitting.
- aide à la recherche d'une nourrice ou d'une garde qualifiée lorsque votre enfant est malade et que ses parents ne peuvent pas le garder.
- aide à la recherche d'une nourrice ou d'une garde qualifiée de remplacement lorsque la nourrice habituelle de l'enfant est dans l'impossibilité de garder l'enfant.

- *Accompagnement des femmes lors de leur retour de la maternité :*

En cas de césarienne, de naissance prématurée de votre bébé (naissance avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée), ou à l'occasion de la naissance de votre premier enfant que vous allaitez,

- mise à disposition, dès votre retour à votre domicile, ou lors de l'arrivée de votre bébé, d'une aide puéricultrice à concurrence de 6 heures avec un minimum de 2 heures consécutives.
- *Prise en charge d'une formation aux premiers secours (25 euros par bénéficiaire, une fois dans la vie du contrat).*
- **Si vous êtes bénéficiaire d'une formule de garantie « Esprit PRO »** nous intervenons également dans les cas suivants :
 - *Accompagnement permettant de faire face aux problèmes quotidiens de l'activité professionnelle :*
 - en cas d'impossibilité de conduire suite à maladie ou accident, recherche et organisation d'un moyen de transport pour vous accompagner dans votre activité professionnelle ou dans le cadre de vos démarches administratives.
 - aide à la recherche de personnel de remplacement en cas de maladie ou d'hospitalisation. Le coût résultant de la mise en œuvre des services d'accompagnement restant à votre charge.
 - *Accompagnement en cas de cessation d'activité suite à maladie ou accident :*
 - en cas d'impossibilité de reprendre votre activité à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous pouvez bénéficier de conseils et d'informations juridiques et fiscales si vous devez :
 - vendre votre entreprise,
 - vous reconvertir.
- **Si vous êtes bénéficiaire d'une formule de garantie « Esprit Vitalité. »** nous intervenons également dans les cas suivants :
 - *Accompagnement dans les problèmes quotidiens de la vie privée :*
 - en cas d'impossibilité de conduire suite à maladie ou accident, nous recherchons un moyen de transport pour vous accompagner à un rendez-vous médical ou pour effectuer une démarche administrative (sous réserve que votre état de santé permette ce déplacement) ;
 - en cas de chômage, divorce, décès, changement de situation professionnelle, grave problème de santé, annonce d'une maladie grave, notre équipe médicale vous met en relation téléphonique avec un psychologue clinicien consultable 5 jours sur 7, de 8 H 00 à 20 H 00. Nous organisons et prenons en charge une consultation par événement. Au-delà, le coût d'une éventuelle prolongation de l'assistance psychologique reste à votre charge.
 - en cas de perte définitive d'une partie de votre mobilité nous mettons à votre disposition un service de conseil téléphonique sur l'aménagement de l'habitat et nous pouvons vous orienter vers des professionnels pour intervention au domicile.

Les frais de déplacement et interventions des professionnels, restent à votre charge.
 - *Accompagnement lors de la sortie de l'hôpital (hospitalisation de plus de 24 heures) :*

Nous vous mettons en relation avec des prestataires assurant les services suivants (sous réserve des disponibilités locales) :

 - livraison de courses à votre domicile, portage de médicaments, soins de pédicures, kinésithérapie.

Les frais de déplacements et honoraires de personnel restent à votre charge.

Ces prestations sont limitées aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une intervention par assuré et par année d'assurance. Vous devez formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.
 - *Accompagnement en cas d'hospitalisation au domicile :*

En cas d'hospitalisation au domicile, nous mettons à votre disposition un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription du médecin traitant. Ces soins sont pris en charge dans la limite de votre contrat.
 - *Accompagnement avant une hospitalisation ou lors d'un transfert vers un autre établissement :*
 - nous vous donnons des informations sur les hôpitaux, les cliniques spécialisées, les maisons de repos médicalisées, les centres de rééducation, de convalescence ou les maisons de retraite.

- **Si vous êtes bénéficiaire d'une formule de garantie « Bien-être 400 »**, vous bénéficiez des prestations d'assistance prévues sur les formules Référence, Bien-Etre et Esprit et nous intervenons également dans les cas suivants :

- *Informations et conseils santé :*

Nos professionnels de santé vous communiquent des informations et conseils médicaux et paramédicaux, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Ils donnent tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants : médecines douces, sport et santé, techniques de bien-être, vaccinations, maladies cardiovasculaires, prévention.

Ce service ne saurait en aucun cas se substituer à la consultation de votre médecin traitant.

- *Accompagnement d'un professionnel dans votre démarche santé*

Vous pouvez souhaitez bénéficier d'un soutien médical personnalisé si votre situation présente un risque avéré pour votre santé dans les domaines suivants : sevrage tabagique, adaptation de votre régime alimentaire ou gestion de votre stress. Nos professionnels de santé vous proposerons:

1. Un premier entretien téléphonique basé sur un questionnaire détaillé et permettant une analyse de votre situation afin d'évaluer les meilleurs actions à entreprendre.
2. Selon les recommandations de notre professionnel de santé, un suivi sur 2 à 7 entretiens téléphoniques de conseils, écoute, et accompagnement, échelonnés sur une période maximale de 6 mois.

- *Accompagnement dans l'organisation de services à domicile*

Du lundi au vendredi de 8 H 00 à 20 H 00, nous pouvons vous assister dans l'organisation des services suivants : accompagnement dans vos déplacements sous réserve que votre état vous permette ce déplacement, recherche de personnel (aide ménagère, auxiliaire de vie, garde d'enfant, personne de compagnie), livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de la prestation reste à votre charge.

- *Accompagnement en matière d'informations juridiques :*

Nous mettons à votre disposition un service d'informations juridiques accessible de 9h00 à 19h du lundi au vendredi. Selon les cas, nous pouvons avoir à nous documenter et vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Les informations peuvent concerner toute question sur la gestion de votre immobilier, la fiscalité, les procédures juridiques, le droit du travail et de la famille, la protection sociale et la retraite, les démarches administratives.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations.

Vos cotisations /

Vos cotisations sont fixées en fonction d'un certain nombre de paramètres vous concernant :

le régime obligatoire d'assurance maladie, le sexe, l'âge, la formule de garanties choisie, et éventuellement la zone géographique.

Elles évoluent à chaque échéance principale en fonction de l'âge des personnes assurées, de l'évolution générale de la consommation médicale et des résultats de la catégorie de contrats couvrant les mêmes risques. Vous en êtes informé par l'envoi de votre avis d'échéance.

Vos cotisations sont payables d'avance.

Lorsque la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements, nous sommes susceptibles de modifier dès l'application de cette nouvelle réglementation ou au plus tard, dès la prochaine échéance principale ou intermédiaire qui suit cette application, les modalités de votre contrat pour l'adapter à la nouvelle situation.

En cas de désaccord, vous disposez du droit de mettre fin à votre contrat en nous envoyant une lettre recommandée dans les quinze jours suivant la date à laquelle vous avez pris connaissance des modifications. La résiliation prendra effet un mois après l'expédition de votre lettre recommandée.

Délai de renonciation /

Fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Le souscripteur, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions particulières, soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

Le souscripteur est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante AXA, 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre cedex.

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [A COMPLETER]

Signature [Souscripteur] »

A cet égard, le souscripteur est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante :

(montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions particulières du contrat) x 365 / nombre de jours garantis.

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Souscription par voie de démarchage

Le souscripteur, personne physique, qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, est informé qu'il dispose de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

A cet égard, le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante AXA, 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre cedex.

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-9 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [A COMPLETER]

Signature [Souscripteur] »

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage,
- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois,
- dès lors que le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. »

www.axa.fr

Votre interlocuteur AXA



réinventons / notre métier