



Prévoyance

Santé

Notice d'information Prévoyance & Frais médicaux CYCLOFIX



Convention n°801060 (Prévoyance) et
n°801059 (Frais médicaux)

Septembre 2022

La Notice d'information a pour but de vous informer des termes des convention d'assurance **n°801059 et n°801060** conclue entre nous, société d'assurance du groupe AXA et CYCLOFIX.

La présente notice prend effet le 1^{er} Septembre 2022.

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- **les conventions d'assurance n° 801059 et n° 801060** sont des contrats collectifs à adhésion facultative couvrant des risques de santé et de prévoyance, elles seront le plus souvent désignées par la **convention d'assurance** ;
- **l'assureur** est la société d'assurance qui garantit le risque souscrit ; il sera le plus souvent désigné par **nous** ;
- **le souscripteur** est l'entreprise CYCLOFIX qui a conclu la convention d'assurance pour le compte de ses réparateurs ; il sera le plus souvent désigné par le **souscripteur** ;
- **l'adhérent** à la convention d'assurance est la personne appartenant au groupe assurable qui :
 - a adhéré à travers l'application CYCLOFIX,
 - est l'assuré des garanties souscrites,

La Notice d'information lui est destinée et lui est remise par le souscripteur, conformément à l'article L141-4 du Code des assurances.

L'adhérent sera le plus souvent désigné par **vous**.

- **le bénéficiaire** est la personne physique percevant les prestations lorsque s'appliquent les garanties souscrites ; il peut être soit l'adhérent, soit une autre personne physique pour la garantie Décès.

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
1. Le montant de vos garanties	4	1.1 Vos garanties prévoyance
		1.2 Votre garantie Frais médicaux
2. Les dispositions relatives à la convention d'assurance	6	2.1 Objet de la convention d'assurance
	6	2.2 Effet et durée de la convention d'assurance
	6	2.3 Information
	7	2.4 La renonciation
	7	2.5 Modification de la convention d'assurance
	9	2.6 Les réclamations
	9	2.7 La prescription
	9	2.8 La législation relative au traitement des données à caractère personnel
	10	2.9 Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
	11	2.10 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
3. Votre adhésion	12	3.1 Groupe assurable
	12	3.2 Les formalités préalables
	12	3.3 Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties
	13	3.4 Durée de vos garanties
	13	3.5 Les cotisations
4. Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance	14	4.1 Vos garanties
	14	4.2 Conditions d'éligibilité
	14	4.3 Le règlement de nos prestations
	14	4.4 Votre garantie Frais de Santé
	17	4.5 La garantie Décès
	19	4.6 La garantie Agression physique
	20	4.7 La garantie Arrêt de travail (accident pendant une mission)
	21	4.8 La garantie Incapacité permanente
	23	4.9 Les documents nécessaires au règlement des prestations

1. LE MONTANT DE VOS GARANTIES

1.1 Vos garanties prévoyance

En cas d'accident du travail pendant une mission réalisée par le biais de la plateforme CYCLOFIX, vous bénéficiez des garanties suivantes :

En cas de décès :

Versement d'un capital forfaitaire garanti à la date du décès au(x) bénéficiaire(s) désignés pour cette garantie.	Capital forfaitaire de 30 000 €.
---	----------------------------------

En cas d'arrêt de travail :

Indemnité journalière versée à compter du 4ème jour pendant la durée de votre arrêt de travail dans la limite de 30 jours.	50 € par jour
--	---------------

En cas d'incapacité permanente :

Si votre taux d'incapacité est inférieur à 20 %	Aucune prestation n'est versée.
Si votre taux d'incapacité se situe entre 20 % et 100 %	Capital de 30 000 € x le taux d'incapacité.

En cas d'agression physique :

Capital de 500 €.

1.2 Vos garanties Frais médicaux

Lorsque vous engagez des dépenses de santé suite à un accident survenu lors d'une mission , la garantie prévoit le versement des prestations décrites définies ci-dessus. Ces prestations s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale française, dans la limite des frais réels engagés.

Montant des prestations en complément de la sécurité sociale et de tout autre organisme

Hospitalisation	
Hospitalisation chirurgicale et médicale	
Frais de séjour dans un établissement conventionné ou non	200 % BR
Honoraires	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait
Dentaire	
Soins 100% Santé (*) et hors 100% Santé	
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie	200 % BR
Prothèses dentaires 100% santé et hors 100% Santé (*) (y compris les inlays onlays)	200 % BR
Orthodontie	
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	200 % BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale	200% BRR**
*Pour les soins (100% Santé) et prothèses dentaires (100% santé et à tarifs maîtrisés) soumis à des Prix Limite de Vente (PLV) tels que définis réglementairement, nous ne prenons pas en charge les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements professionnels.	
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation et visite d'un médecin généraliste ou spécialiste, actes techniques médicaux et actes de chirurgie	200 % BR
Imagerie médicale	
Actes d'imagerie, échographies et dopplers	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	
	200 % BR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, ...	200 % BR
Médicaments	
	200 % BR
Matériel Médical	
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, hors prothèses dentaires, auditives et optiques	200 % BR
Aides auditives	
Equipements 100% Santé* (Classe 1) ou à tarifs libres (Classe 2)	200% BR
*Pour les équipements 100% Santé soumis à des Prix Limite de Vente (PLV) tels que définis réglementairement, nous ne prenons pas en charge les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements professionnels.	
Autres postes	
Frais de Transport	200 % BR
Optique	
Verres et monture	
Equipements 100% Santé (classe A) * équipements à tarifs libres (classe B)	200 €
*Pour les équipements 100% Santé soumis à des Prix Limite de Vente (PLV) tels que définis réglementairement, nous ne prenons pas en charge les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements professionnels.	

Pour mieux comprendre les garanties

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

BRR = Base de remboursement reconstitué

2. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA CONVENTION D'ASSURANCE

2.1 Objet de la convention d'assurance

CYCLOFIX, Société par actions simplifiées dont le siège est à Paris (75012), 3 cours du Marché Saint-Antoine, a conclu une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative, avec **AXA France Vie**, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313 Terrasses de l'Arche, pour garantir, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d'adhésion (article « Groupe assurable ») :

- en cas d'accident survenu pendant une mission (telle que définie à l'article « Conditions d'éligibilité »)
 - le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du chapitre « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance » ;
 - les prestations Arrêt de travail et Incapacité Permanente décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites se réalise entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du chapitre « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance » ;
- en cas d'agression pendant une mission (telle que définie à l'article « Conditions d'éligibilité ») : les prestations en cas d'agression décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites se réalise entre la date de début et la date de fin de la garantie selon les dispositions du chapitre « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance » ;
- en cas de décès survenu pendant une mission (telle que définie à l'article Conditions d'éligibilité), la prestation Décès décrite dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites se réalise entre la date de début et la date de fin de la garantie selon les dispositions du chapitre « Les dispositions spécifiques à vos garanties d'assurance ».

Elle est régie par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

2.2 Effet et durée de la convention d'assurance

La convention d'assurance signée entre CYCLOFIX et l'assureur est conclue à effet du 1^{er} avril 2019. Elle est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2019 et se reconduit par accord tacite au 1^{er} janvier de chaque année.

2.3 Information

Le souscripteur s'engage à vous remettre un exemplaire de la notice précisant les modalités d'application de la garantie et à vous informer par tout moyen à sa convenance des modifications contractuelles.

La preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application de la convention notamment à l'adhésion ou en cas d'application de la garantie, vous pouvez vous adresser en priorité au Service Clients Associations dont les coordonnées sont indiquées ci-dessous ou à votre conseiller.

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE Cedex
Tél. : 01 73 600 601
Mail : service.plateformes@axa.fr

2.4 La renonciation

Vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion au sein de l'application CYCOLFIX pour renoncer à cette adhésion.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à :

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE Cedex
Tél. : 01 73 600 601
Mail : service.plateformes@axa.fr

par exemple, selon modèle suivant :

« Je soussigné (nom et prénom) né(e) le
demeurant
déclare irrévocablement renoncer à mon adhésion aux conventions d'assurance n° 801059 et n° 801060.
À le
Signature »

La renonciation entraîne la restitution des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la lettre de renonciation.

La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.

2.5 Modification de la convention d'assurance

Une disposition législative ou réglementaire, notamment toute modification législative relative à la protection des indépendants peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance, des obligations de CYCLOFIX ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de la convention à laquelle vous avez adhéré.

La convention peut également être modifiée d'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par CYCLOFIX dans un délai de 3 mois minimum avant son entrée en vigueur, conformément à l'article L141-4 du Code des assurances.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate. Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les 2 mois suivant leur notification.

Conformément à l'article L113-4 du Code des assurances, vous pouvez nous notifier votre demande de résiliation :

- par lettre envoyée par courrier postal simple ou recommandé à l'adresse indiquée ci-dessous, le cachet de la poste faisant foi ;
- par voie électronique à l'adresse suivante : service.plateformes@axa.fr en joignant la lettre de résiliation numérisée et signée.

En cas de résiliation par lettre envoyée par courrier postal, votre demande de résiliation de votre adhésion doit être adressée à :

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE Cedex
Tél. : 01 73 600 601

2.6 Les réclamations

En cas de réclamation :

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

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

en précisant le nom et le numéro de votre convention ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

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

Si aucune solution n'a été trouvée, dans un délai de 1 an maximum à compter de la date de réception de la réclamation écrite adressée à l'assureur, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par le site internet : sur le site www.mediation-assurance.org

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

L'intervention du médiateur est gratuite.

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

2.7 La prescription

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

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration 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 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 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

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

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

2.8 La législation relative au traitement des données à caractère personnel

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 en

tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

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 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 l'assureur.

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

2.9 Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre des mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement de terrorisme, nous tenons à préciser que :

L'Assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de nous permettre de respecter ces obligations, le Souscripteur s'engage à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs ainsi que ceux concernant les assurés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble des éléments communiqués devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré.

Le souscripteur s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à 1 an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, nous réaliserons une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

2.10 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, nous tenons à préciser que :

Nous, AXA, ne sommes pas réputés fournir une couverture de risque et nous ne serons pas responsables ni tenus de payer une indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations nous exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction résultant des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commerciale de l'Union européenne, du Royaume Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

3. VOTRE ADHESION

3.1 Groupe assurable

Pour bénéficier de nos garanties, vous devez répondre aux critères suivants :

- être réparateur de vélo proposant ses services via la plateforme CYCLOFIX et utilisant l'application CYCLOFIX;
- être majeur le jour de votre adhésion à la convention d'assurance ;
- être affilié à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale française suivant :
 - régime général de la Sécurité sociale et les régimes assimilés ;
 - régime Alsace-Moselle ;
 - Sécurité sociale des Indépendants ;
- exercer votre activité professionnelle CYCLOFIX en France métropolitaine.

3.2 Les formalités préalables

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez avoir pris connaissance du document d'information sur le produit d'assurance, de la notice d'information et adhéré à travers l'application CYCLOFIX.

3.3 Date d'effet de votre adhésion et durée des garanties

3.3.1 Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet immédiatement après avoir pris connaissance du document d'information sur le produit d'assurance, de la notice d'information et adhéré à travers l'application CYCLOFIX.

3.3.2 La fin de votre adhésion

À votre initiative

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- à chaque échéance annuelle, en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de 2 mois. La date d'expédition de votre notification de résiliation fait foi pour le respect du délai ;
- si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire d'entreprise sous réserve de nous en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance ;
- à tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai de 1 an à compter de votre adhésion. Dans ce cas la résiliation prend effet à la date que vous souhaitez et au plus tôt 1 mois après la réception de votre notification de résiliation.

Dans ces trois hypothèses, votre demande de résiliation doit nous être notifiée, conformément à l'article L 113-14 du Code des assurances :

- par lettre envoyée par courrier postal simple ou recommandé à l'adresse indiquée ci-dessous, le cachet de la poste faisant foi ;
- par voie électronique à l'adresse suivante : service.plateformes@axa.fr en joignant la lettre de résiliation numérisée et signée.

En cas de résiliation par lettre envoyée par courrier postal, votre demande de résiliation de votre adhésion doit être adressée à :

Axa Santé et Collectives
Direction Santé Prévoyance
Service Clients Associations
TSA 10800
92727 NANTERRE Cedex

A réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

Dans les autres cas, votre adhésion prend fin :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le Groupe assurable ;
- à la date à laquelle intervient la résiliation de votre convention.

Votre adhésion enregistrée, vous ne pouvez être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assurable, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi.

3.4 Durée de vos garanties

3.4.1 La durée de vos garanties

3.4.1.1 Le début de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date d'effet de votre adhésion.

Nous indemnisons les sinistres ou les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la déclaration d'accident, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

3.4.1.2 La fin de vos garanties

Les garanties prennent fin, pour vous-même le jour où intervient la fin de votre adhésion suivant les modalités prévues à l'article « La fin de votre adhésion », et au plus tard au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous atteignez :

- votre 70^{ème} anniversaire pour la garantie Décès,
- votre 67^{ème} anniversaire pour la garantie Arrêt de travail,
- votre 65^{ème} anniversaire pour la garantie Invalidité.

L'assureur peut par ailleurs, en application de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1989, dite Loi Evin, résilier les garanties autres qu'en cas de décès, en y mettant fin dans les 2 premières années suivant l'adhésion. Pour cela, il préviendra l'adhérent par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois avant la prise d'effet de la résiliation.

3.5 Les cotisations

La cotisation est prise en charge par CYCLOFIX.

4. LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A VOS GARANTIES D'ASSURANCE

4.1 Vos garanties

En cas de décès ou d'accident du travail pendant une mission réalisée par le biais de la plateforme CYCLOFIX, vous bénéficiez des garanties suivantes :

- décès ;
- arrêt de travail ;
- incapacité permanente ;
- frais de santé ;
- agression.

4.2 Conditions d'éligibilité

Définition de mission

On entend par mission, la période de temps pendant laquelle l'application CYCLOFIX vous identifie soit « en cours de réparation » soit sur les trajets avant et après la réparation (limités à 30 minutes).

Définition d'accident

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de la volonté de l'assuré.

Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies, ne peuvent donc être considérés comme des accidents.

L'Accident Vasculaire Cérébral n'est pas considéré comme un accident puisqu'un Accident Vasculaire Cérébral est soudain mais pas de cause extérieure.

4.3 Le règlement de nos prestations

Nos prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par cette convention d'assurance se réalise. Vous devez alors remplir un formulaire de déclaration en ligne et nous fournir les documents mentionnés ci-dessous.

4.4 Votre garantie Frais de santé

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé suite à un accident survenu lors d'une mission, la garantie prévoit le versement des prestations définies ci-dessous. Ces prestations s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

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

4.4.1 Les bénéficiaires des garanties

En tant qu'adhérent, vous êtes le seul bénéficiaire des garanties.

4.4.2 Vos remboursements de Frais de santé

4.4.2.1 Contrat « non responsable »

Compte tenu du choix des garanties, la convention n'est pas éligible au dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » (articles L. 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Nous ne prenons pas en charge la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds), ni les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente (PLV) des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie consécutifs à un accident survenu pendant une mission réservée sur l'application CYCLOFIX.

4.4.2.2 Les montants des garanties

Les remboursements présentés viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale française, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Le cumul de nos prestations, des remboursements de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme ne peut dépasser le montant des frais réels engagés.

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites décrits ci-dessous, les frais engagés par vos soins. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française.

PREVOYANCE ET FRAIS MEDICAUX

LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A VOS GARANTIES D'ASSURANCE

Montant des prestations en complément de la sécurité sociale et de tout autre organisme

Hospitalisation	
Hospitalisation chirurgicale et médicale	
Frais de séjour dans un établissement conventionné ou non	200 % BR
Honoraires	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait
Dentaire	
Soins 100% Santé (*) et hors 100% Santé	
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie	200 % BR
Prothèses dentaires 100% santé et hors 100% Santé (*) (y compris les inlays onlays)	200 % BR
Orthodontie	
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	200 % BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale	200% BRR**
*Pour les soins (100% Santé) et prothèses dentaires (100% santé et à tarifs maîtrisés) soumis à des Prix Limite de Vente (PLV) tels que définis réglementairement, nous ne prenons pas en charge les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements professionnels.	
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation et visite d'un médecin généraliste ou spécialiste, actes techniques médicaux et actes de chirurgie	200 % BR
Imagerie médicale	
Actes d'imagerie, échographies et dopplers	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	
	200 % BR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, ...	200 % BR
Médicaments	
	200 % BR
Matériel Médical	
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, hors prothèses dentaires, auditives et optiques	200 % BR
Aides auditives	
Equipements 100% Santé* (Classe 1) ou à tarifs libres (Classe 2)	200% BR
*Pour les équipements 100% Santé soumis à des Prix Limite de Vente (PLV) tels que définis réglementairement, nous ne prenons pas en charge les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements professionnels.	
Autres postes	
Frais de Transport	200 % BR
Optique	
Verres et monture	
Equipements 100% Santé (classe A) * équipements à tarifs libres (classe B)	200 €
*Pour les équipements 100% Santé soumis à des Prix Limite de Vente (PLV) tels que définis réglementairement, nous ne prenons pas en charge les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements professionnels.	

Pour mieux comprendre les garanties

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

BRR = Base de remboursement reconstitué

4.4.3 Exclusions

Sont exclus les frais de santé résultant :

- des maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'adhérent ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner – en France, au sens de l'article L. 324-1 du Code de la Sécurité sociale,
- des conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, des lors que l'assuré y prend une part active ;
- des conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale ;
- des rixes auxquelles l'adhérent participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- de la participation active de l'adhérent à une guerre (à laquelle la France ne participerait pas), à des attentats et actes de terrorisme, à une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- de l'usage par l'adhérent, de stupéfiants, de boissons alcoolisées attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale ;
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome
- des blessures qui sont la conséquence directe d'un accident antérieur à la prise d'effet de l'adhésion.

4.5 La garantie Décès

4.5.1 Le montant du capital que nous versons à vos bénéficiaires

En cas de décès de l'adhérent survenu pendant une mission sur l'application CYCLOFIX (telle que définie à l'article « Conditions d'éligibilité »), l'assureur verse le capital forfaitaire garanti à la date du décès au(x) bénéficiaire(s) désignés pour cette garantie. En cas d'accident, le décès doit survenir dans les 12 mois du sinistre et avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'adhérent atteint son 70^{ème} anniversaire.

L'âge de l'adhérent est calculé par différence de millésimes.

Le montant du capital forfaitaire en cas de décès s'élève à 30 000 €.

La revalorisation des capitaux en cas de décès

Les capitaux ou allocations obsèques servis en cas de décès sont revalorisés à compter du décès ouvrant droit à prestations. Les conditions d'application de cette revalorisation sont fixées par les articles L132-5 et R132-3-1 du Code des assurances.

4.5.2 Les bénéficiaires du capital

Le capital est versé à votre (vos) bénéficiaire(s) selon le mode de désignation choisi par l'adhérent.

PREVOYANCE ET FRAIS MEDICAUX

LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A VOS GARANTIES D'ASSURANCE

La désignation type de vos bénéficiaires

Si aucune mention particulière ne nous est faite, nous versons le capital :

- à votre conjoint non séparé judiciairement ;
- à défaut, à votre partenaire avec lequel vous êtes lié par un Pacte civil de solidarité ;
- à défaut, par parts égales, à vos enfants vivants ou représentés et à ceux de votre conjoint si vous en aviez la charge ;
- à défaut, par parts égales, à vos parents ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut à vos héritiers par la dévolution successorale.

Pour être bénéficiaire du capital décès, votre concubin doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière. Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

La désignation particulière des bénéficiaires

Lors de votre adhésion au contrat et tout au long de votre adhésion, vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires. Vous devez nous informer par écrit de votre désignation particulière, celle-ci pouvant faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation prévue de plein droit par le Code civil aux articles 953, 960 et 1096.

Sauf en cas d'acceptation de la désignation de bénéficiaire, la désignation de bénéficiaire peut être modifiée. Vous devez nous adresser à cet effet, par avis écrit, cette demande. La modification prend effet d'as que nous en avons eu connaissance.

Toutefois, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous vos bénéficiaires désignés décèdent avant vous ;
- ou si vous et tous vos bénéficiaires désignés décédez ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ;
- en cas de révocation de plein droit prévu par le Code civil.

Enfin, si vous avez souhaité répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires, le prédécès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives et dans la limite de 100% du capital.

4.5.3 Exclusions

Sont exclus les décès résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année d'adhésion ;
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- de la participation active de l'adhérent à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- du fait intentionnel du bénéficiaire ou de l'adhérent ;
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

Enfin, sont exclus les décès accidentels :

- si l'adhérent en tant que conducteur d'un véhicule est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident ;
- si l'adhérent en tant que conducteur d'un véhicule est sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.

Ainsi que les accidents résultant :

- d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;
- de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.

4.6 La garantie Agression physique

4.6.1 Objet et montant de la garantie

Si vous êtes victime d'une agression physique pendant une mission, nous vous versons un capital de 500 €. Vous êtes victime d'une agression physique si vous subissez des violences physiques. Une violence physique est constituée par un acte positif d'atteinte à votre intégrité corporelle.

4.6.2 Exclusions

Sont exclus les agressions physiques résultant :

- des conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes ;
- des conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale ;
- des rixes auxquelles l'adhérent participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel ;
- de la participation active de l'adhérent à une guerre (à laquelle la France ne participerait pas), à des attentats et actes de terrorisme, à une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- des blessures qui sont la conséquence directe d'un accident antérieur à la prise d'effet de l'adhésion.

4.7 La garantie Arrêt de travail

Cette garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à un accident du travail survenu pendant une mission telle que définie à l'article « Conditions d'éligibilité ».

Vous êtes en incapacité temporaire totale de travail lorsque vous êtes dans l'incapacité physique totale de travailler.

Une indemnité journalière vous est alors versée lorsque votre arrêt de travail :

- survient entre la date de début et la date de fin de garanties,
- a une durée de plus de 3 jours.

4.7.1 Montant de la garantie

L'indemnité journalière est fixée à 50 €. Elle est versée à compter du 4ème jour pendant la durée de votre arrêt de travail dans la limite de 30 jours.

La durée de l'arrêt de travail est décomptée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail. Si votre arrêt de travail est prolongé, pour le même accident et sans interruption, et que de ce fait vous avez droit à une indemnisation supérieure, nous continuons à vous verser une indemnité journalière telle que définie ci-dessus, pendant cette prolongation sans que la durée totale d'indemnisation ne dépasse 30 jours. Nous n'indemnisons pas un nouvel arrêt de travail dû au même accident ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part.

Ces indemnités seront uniquement versées si l'arrêt de travail intervient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire tant que vous répondez aux conditions d'admission dans le groupe assurable, et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous avez atteint votre 67ème anniversaire,

Sauf cas de force majeure, vous devez nous déclarer par un écrit les arrêts de travail dans les 2 mois qui suivent l'expiration de la franchise.

Passé ce délai, ils sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration.

4.7.2 L'expertise médicale et le contrôle médical

3.7.2.1 L'expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité temporaire. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

Les conclusions de l'expertise vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de nos prestations.

Si vous contestez les conclusions de notre médecin, vous pouvez faire appel au médecin de votre choix. En cas de divergence entre notre médecin et celui que vous avez choisi, ces deux médecins en désigneront un troisième.

Si un désaccord persiste, c'est le président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

3.7.2.2 Le contrôle médical

Dans tous les cas et à toute époque lors du versement des prestations, même après la résiliation du contrat ou de la garantie, l'assureur se réserve le droit de faire visiter l'assuré et éventuellement de le soumettre à expertise médicale ; les frais de contrôle médical sont à la charge de l'assureur.

4.7.3 Exclusions

Sont exclus les arrêts de travail résultant :

- **des maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'adhérent ou de celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner – en France, au sens de l'article L324-1 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **des sinistres dus, de la part de l'adhérent, au non-respect du Code de la route pour toute infraction de 3^{ème} classe et plus ;**
- **des conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet évènement et quels qu'en soient les protagonistes ;**
- **des conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale ;**
- **des rixes auxquelles l'adhérent participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel ;**
- **de la participation active de l'adhérent à une guerre (à laquelle la France ne participerait pas), à des attentats et actes de terrorisme, à une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;**
- **de l'usage par l'adhérent, de stupéfiants, de boissons alcoolisées attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale ;**
- **des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome ;**
- **des blessures qui sont la conséquence directe d'un accident antérieur à la prise d'effet de l'adhésion.**

Ne sont pas considérés comme accidents, les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux. Ne sont pas couvertes les fractures de fatigue ou de stress.

4.8 La garantie Incapacité permanente

Cette garantie a pour objet, en cas d'accident survenu pendant une mission (telle que définie à l'article « Conditions d'éligibilité »), le versement d'un capital en cas d'incapacité permanente.

4.8.1 Montant de la garantie

Le capital d'incapacité permanente, versé à compter de la date de consolidation, est fonction du taux d'incapacité déterminé par l'assureur.

La consolidation de l'incapacité permanente doit intervenir dans les 2 ans qui suivent l'accident.

4.8.2 Taux d'incapacité

Le taux d'incapacité est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, les facultés physiques et mentales, les aptitudes et les qualifications professionnelles de la victime, compte tenu du barème « accidents du travail » de la Sécurité sociale française par un médecin expert.

Une fois fixé, en cas d'aggravation ultérieure de l'atteinte corporelle, le taux ne peut donner lieu à révision.

Toute rechute survenue après la date de résiliation du contrat ne sera pas prise en considération.

PREVOYANCE ET FRAIS MEDICAUX

LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A VOS GARANTIES D'ASSURANCE

- **Taux d'incapacité inférieur à 20%**

Aucune prestation n'est versée.

- **Taux d'incapacité entre 20% et 100%**

Le montant du capital est de 30 000 € multiplié par le taux d'incapacité.

Le paiement du capital met fin à tout droit au titre de l'incapacité permanente.

Ces indemnités seront uniquement versées si l'accident dont découle l'incapacité permanente intervient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire tant que vous répondez aux conditions d'admission dans le groupe assurable, et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous avez atteint votre 65ème anniversaire.

4.8.3 L'expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité permanente. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

Les conclusions de l'expertise vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de notre prestation.

Si vous contestez les conclusions de notre médecin, vous pouvez faire appel au médecin de votre choix. En cas de divergence entre notre médecin et celui que vous avez choisi, ces deux médecins en désigneront un troisième.

Si un désaccord persiste, c'est le président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

4.8.4 Les exclusions

Est exclue l'incapacité Permanente résultant :

- **d'une tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année d'adhésion ;**
- **d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;**
- **de la participation active de l'adhérent à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;**
- **du fait intentionnel du bénéficiaire ou de l'adhérent ;**
- **des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.**

Enfin, est exclue l'incapacité permanente occasionnée par l'adhérent:

- **si l'adhérent en tant que conducteur d'un véhicule est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident ;**
- **si l'adhérent en tant que conducteur d'un véhicule est sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.**

Ainsi que les accidents résultant :

- **d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;**
- **de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.**

4.9 Les documents nécessaires au règlement des prestations

A la réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de 30 jours pour, éventuellement, demander des pièces complémentaires.

TOUS LES CAS	
Documents Justificatifs	
1	La preuve du lien entre l'assuré et CYCLOFIX et de l'occurrence de l'accident ou du décès au cours d'une mission pour le compte de CYCLOFIX
2	La déclaration d'accident prévue à cet effet remplie par l'indépendant à transmettre dans les 5 jours suivant l'accident
3	Le cas échéant, le procès-verbal de gendarmerie ou le rapport de police (ou les références, date, et autorité qui l'a établi)
4	Un certificat médical détaillé, établi par un médecin dans les 5 jours suivant la date de l'accident, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel.
5	La photocopie de la pièce d'identité de l'adhérent

GARANTIE DECES	
Documents Justificatifs (à nous faire parvenir dans les 6 mois suivant le décès)	
1	L'acte de décès
2	Une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré(e) décédé(e) de moins de 3 mois
3	La photocopie du ou des livret(s) de famille
4	Tout justificatif permettant d'identifier le bénéficiaire en l'absence de désignation spécifique
5	Photocopie d'une pièce d'identité du ou des bénéficiaires ou de leur représentant légal
6	Le certificat médical constatant le décès en indiquant la cause ou les circonstances (à adresser sous pli à notre médecin conseil)
7	La copie intégrale de l'acte de naissance du conjoint et de chacun des bénéficiaires
8	L'attestation sur l'honneur certifiant la non séparation de corps, si le bénéficiaire est le conjoint
9	Le RIB du ou des bénéficiaires

GARANTIE AGRESSION PHYSIQUE	
Documents Justificatifs	
1	La copie du dépôt de plainte

GARANTIE ARRET DE TRAVAIL	
Documents Justificatifs	
1	Le certificat d'arrêt de travail, ou les bulletins d'hospitalisation comportant date d'entrée et date de sortie de l'hôpital
2	Un RIB

GARANTIE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE HORS HOSPITALISATION	
Documents Justificatifs	
1	Les justificatifs des frais engagés et de leur lien avec l'accident (certificat médical de prolongation de soins)
2	La copie des bordereaux de remboursement des organismes sociaux (Sécurité sociale, LMDE etc.)
3	Ou, à la place des documents ci-dessus : la copie du décompte de la complémentaire santé

PREVOYANCE ET FRAIS MEDICAUX

LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A VOS GARANTIES D'ASSURANCE

GARANTIE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE (HOSPITALISATION)	
Documents Justificatifs	
1	Un bulletin de situation ou tout autre document de l'hôpital précisant les dates d'entrée et de sortie
2	Selon la facturation dont relève l'établissement : <ul style="list-style-type: none">- Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,- L'original de la facture,- L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires. Ou à la place es documents ci-dessous : la copie du décompte de la complémentaire santé

GARANTIE INCAPACITE PERMANENTE	
Documents Justificatifs	
1	Un RIB
2	Le certificat de consolidation (sur document fourni par Axa)

Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez.

En plus des documents listés ci-dessus, le service de gestion peut être amené à demander d'autres pièces justificatives qui s'avèreraient nécessaires en fonction du dossier.

Votre interlocuteur AXA



Retrouvez l'ensemble de vos services
en ligne sur **Mon AXA** via [axa.fr](https://www.axa.fr)

AXA vous répond sur :

