

VOTRE DÉCLARATION DE LITIGE PROTECTION JURIDIQUE

→ LITIGE SANTÉ

Parlez-nous de votre situation : les informations demandées sont essentielles pour qu'un juriste puisse analyser votre situation et vous apporter une réponse adaptée. Il est donc important que vous répondiez le plus précisément possible. **Ce formulaire de déclaration ne vaut pas engagement de prise en charge de votre litige.** A réception, nous vous indiquerons les suites qui seront données à votre demande.

LE SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT

Le souscripteur du contrat est la personne physique ou morale désignée dans les Conditions Particulières.

Numéro de contrat Référence dossier

M. Mme Prénom Nom

Adresse

Code postal Localité

Téléphone Portable Fax

Email | | | | | | | |

LA PERSONNE RENCONTRANT LE LITIGE

Souscripteur du contrat Conjoint

Autre personne (précisez) :

LA PARTIE ADVERSE

M. Mme Prénom Nom

SARL SA Autre Raison sociale

Adresse

Code postal Localité

Téléphone Portable Fax

Email

EXPOSÉ DU LITIGE ET RÉSUMÉ CHRONOLOGIQUE DES FAITS

PIÈCES À NOUS TRANSMETTRE (COPIES UNIQUEMENT)

1. L'autorisation relative aux données médicales ci-jointe complétée et signée
2. Vous souhaitez :

- soit contester la décision d'un organisme de social :

Nous attirons votre attention sur le délai très court pour contester la décision de l'organisme concerné. Ce délai est indiqué sur la décision et peut varier de 1 à 2 mois. Pour préserver vos droits, nous vous invitons d'ores et déjà à adresser votre réclamation en recommandé avec copie de la décision contestée dans les délais indiqués. A défaut, le recours ne sera plus possible.

- a. Une copie des courriers échangés avec la caisse de sécurité sociale et de la décision contestée
- b. Une copie du certificat médical permettant de contester la décision de la caisse de sécurité sociale

- soit régler un litige contre un professionnel de santé :

- a. Copie de votre dossier médical. Vous trouverez [ci-joint](#) un modèle de demande de dossier médical que vous pourrez utiliser.
- b. Copie du certificat médical récent de votre médecin traitant attestant de votre état de santé actuel et des éventuels séquelles ou soins à prévoir.
- c. Copie des éventuels courriers échangés avec l'établissement de santé, et/ou le médecin et/ou son assureur.
- d. Les coordonnées de votre caisse de sécurité sociale ainsi que votre numéro d'assuré, et celles de tout organisme vous ayant versé des prestations (ex : mutuelle...)

N'hésitez pas à ajouter tout élément pertinent qui permettra à votre juriste de bien comprendre votre litige.

CONVOCATION À EXPERTISE

Etes-vous convoqué (e) à une expertise ? Oui Non

Si oui, il est essentiel de nous transmettre une copie de la convocation.

Date Heure

Avez-vous déjà saisi un expert ? Oui Non

CONVOCAISON DEVANT UN TRIBUNAL OU UNE COMMISSION

Etes-vous convoqué (e) devant un Tribunal ou une commission ? Oui Non

Si oui, il est essentiel de nous transmettre une copie de la convocation.

Date Heure

Avez-vous déjà saisi un avocat ? Oui Non

Si vous avez déjà saisi un avocat, merci de nous indiquer ses coordonnées ci-dessous :

M. Mme Prénom Nom

Adresse

Code postal Localité

Téléphone Portable Fax

Email | | | | | | |

Si non, voulez-vous que Juridica vous communique un nom d'avocat ? Oui Non

Conformément à la loi, vous avez la possibilité de choisir librement l'avocat chargé de vous défendre.

POUR NOUS TRANSMETTRE VOTRE DOSSIER

Par e-mail :

service.client@axa-juridica.com

Nous vous remercions de mentionner dans l'objet du mail le numéro de votre contrat et le numéro de votre dossier (chiffres/G).



Nos règles de sécurité informatique ne nous permettent pas d'ouvrir les liens de transferts de fichiers (wetransfer, onedrive, etc....). Merci de nous adresser ces éléments sous format pdf.

Par Fax :

01 30 09 90 89

Par courrier à l'adresse suivante :

Juridica - Centre de Résolution des Litiges

1 place Victorien Sardou - 78166 MARLY Le ROI Cedex

**Pour toute déclaration de litige en matière de Santé, et du fait du caractère sensible des pièces médicales, nous vous recommandons d'adresser votre demande uniquement par courrier à l'adresse suivante :
Juridica - A l'attention du Médecin Conseil - 1 place Victorien Sardou - 78166 MARLY Le ROI Cedex.**

INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec JURIDICA 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 collectés vous concernant, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.** Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales). Elles seront uniquement communiquées aux 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) une autorisation de transfert a été obtenue auprès de la CNIL par l'assureur. **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.** Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances). Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique). Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat. Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (cellulecnil@axa-juridica.com) ou par courrier (JURIDICA - Cellule CNIL - 1 Place Victorien Sardou 78160 MARLY LE ROI). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Pour plus d'informations, consultez <https://www.juridica.fr/donnees-personnelles-et-cookies/>

Juridica - S.A. au capital de 14 627 854,68 € - 572 079 150 R.C.S. Versailles - Entreprise régie par le Code des assurances - TVA intracommunautaire : FR 69 572 079 150
Siège social : 1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi

AUTORISATION RELATIVE AUX DONNEES MÉDICALES

Référence de la prestation : /G

Je soussignée :

Né(e) le :

Agissant (une seule case à cocher) :

En mon nom personnel

Ou

En ma qualité de représentant légal du mineur : (nom, prénom, date de naissance du mineur)

Ou

En ma qualité de représentant légal du majeur sous tutelle, curatelle : (nom, prénom du majeur).

Merci de joindre dans ce cas une copie de la décision de justice qui vous nomme représentant.

Ou

En ma qualité d'ayant droit (en cas de décès du bénéficiaire de : (nom, prénom du défunt) :

Demeurant :

Dans l'affaire m'opposant à :

Autorise JURIDICA à communiquer dans le respect des obligations légales et réglementaires de confidentialité, aux seules personnes intervenant dans la gestion de mon litige, les informations à caractère médical et rapport(s) d'expertise(s) pour les besoins exclusifs de la résolution de mon affaire, et ce pour toute la gestion du dossier.

Je reconnais avoir été informé que les données à caractère personnel recueillies dans ce document sont nécessaires pour permettre à JURIDICA de traiter ma demande.

Fait à

Le

Signature :

Conformément à la loi, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, de portabilité que je peux exercer à tout moment auprès de la Cellule Cnil
1 Place Victorien Sardou - 78160 MARLY LE ROI ou cellulecnil@axa-juridica.com