



SwissLife

SwissLife Santé

Dispositions générales

Notice d'information

Assurance complémentaire santé

Madame, Monsieur,

Vous remplissez les conditions pour bénéficier du régime de déduction fiscale dit « Madelin »

- Votre adhésion au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit auprès de l'association AGIS dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite loi « Madelin » est composée :
 - de la présente notice d'information qui définit le fonctionnement du contrat et expose les différentes garanties possibles ;
 - du certificat d'adhésion stipulant l'identité des personnes assurées et la formule de garantie que vous avez choisie.
- Pour bénéficier de ce régime fiscal vos garanties doivent s'inscrire dans le cadre du dispositif législatif des contrats responsables qui répondent à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application.

Vous ne bénéficiez pas du régime « Madelin »

- Le contrat est composé :
 - des présentes dispositions générales qui définissent le fonctionnement du contrat et exposent les différentes garanties possibles ;
 - des dispositions personnelles stipulant l'identité des personnes assurées et la formule de garantie que vous avez choisie.

La loi applicable au présent contrat est la loi française, notamment le Code des assurances.
En accord avec le souscripteur, nous nous engageons à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française.

Sommaire

I	Quelques définitions pour mieux nous comprendre	4
II	Les garanties d'assurance	5
2.1	Cadre juridique : contrat « solidaire » et « responsable »	5
2.2	Objet du contrat	5
2.3	Ce que garantit le contrat	5
2.3.1	Le remboursement des frais médicaux	5
2.3.2	Les services complémentaires	6
2.4	Entrée en vigueur des garanties	6
2.5	Assurance du nouveau-né	6
2.6	Étendue territoriale des garanties	6
2.7	Cas où la garantie ne s'exerce pas	7
III	La vie du contrat	7
3.1	Vos déclarations	7
3.1.1	À la souscription ou à l'adhésion	7
3.1.2	En cours de contrat	7
3.1.3	Conséquences de la fausse déclaration	7
3.2	Conclusion et prise d'effet	7
3.2.1	Conclusion du contrat	7
3.2.2	Prise d'effet	7
3.2.3	Durée	7
3.3	Résiliation	8
3.4	Droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	9
3.5	Les cotisations	10
3.5.1	Montant des cotisations	10
3.5.2	Variation des cotisations	10
3.5.3	Révision du tarif	10
3.5.4	Paiement des cotisations	10
3.5.5	Non-paiement des cotisations	10
3.6	Règlement des prestations	10
3.6.1	La procédure simplifiée	10
3.6.2	La procédure classique	10
3.7	Renseignements complémentaires	10
3.8	Contrôle et expertise	11
3.9	Délais à respecter	11
3.10	Sanctions	11
3.11	La subrogation	11
3.12	Prescription	11
3.13	Loi informatique et libertés	12
3.14	Les réclamations - médiation	12
3.15	L'autorité de contrôle	12

I – Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

La personne signant le bulletin d'adhésion et désignée au certificat d'adhésion.

Assuré(s)

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux dispositions personnelles.

Avenant

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;
- tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecin

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Médecin conventionné en secteur 1 : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP) : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 2 : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

Médecin conventionné ayant adhéré aux Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : En adhérant au Contrat d'Accès aux Soins défini par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Médecin non conventionné : il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Date d'échéance principale

Date de renouvellement du contrat ou de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Date d'effet

Date à laquelle débute le contrat ou l'adhésion. Elle est indiquée sur vos dispositions personnelles.

Dépassement d'honoraires

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Dispositions personnelles

Désignent également le certificat d'adhésion.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse du souscripteur, de l'adhérent ou de l'assuré précisé aux dispositions personnelles.

Échéance

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide médicale de l'État, des femmes

enceintes durant toute la durée de la grossesse).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Hospitalisation

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse (sauf interruption volontaire de grossesse), l'accouchement, les suites de couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Liste des Produits et Prestations (LPP) et la Table Nationale de Biologie (TNB).

Nous

Désigne l'assureur mentionné aux dispositions personnelles

Nullité

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e) alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euro par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Parcours de soins

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés « normalement ». Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

Régime obligatoire

Le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont affiliés les assurés du contrat.

Résiliation

C'est la cessation des effets du contrat ou de l'adhésion.

Sinistre

L'événement, la maladie ou l'accident, mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

Souscripteur

La personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

Ticket modérateur - TM

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Vous

Désigne le souscripteur, l'adhérent ou l'assuré.

II – Les garanties d’assurance

2.1 Cadre juridique : Contrat « solidaire » et « responsable »

Le contrat respecte l’ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ».

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d’assurance complémentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n’est demandé aux assurés ni lors de la souscription ou de l’adhésion, ni en cours de contrat et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l’état de santé des personnes assurées.

Par contrat « responsable », on entend un contrat d’assurance complémentaire santé qui répond à l’ensemble des conditions mentionnées à l’article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d’application. A ce titre, en termes de garantie :

Interdiction de prise en charge

- Il ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l’article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- Il ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l’article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- Il doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d’honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l’article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale ;

Règles de prise en charge

- Il doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l’article R.322-1 du Code de la Sécurité sociale, à l’exclusion :
 - des médicaments remboursés par l’assurance maladie, à hauteur de 30 % ou 15% du tarif de la Sécurité sociale,
 - de l’homéopathie,
 - des cures thermales.
- Il doit prendre en charge, sans limitation de durée, l’intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l’article L.174-4 du Code de la Sécurité social (sauf en établissements médico-sociaux),
- Il doit prévoir un encadrement des dépassements d’honoraires quand ils sont prévus dans le contrat,
- Il doit respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d’optique.

Les garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d’évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

En tout état de cause, aucune exclusion (article 2.7) ne peut être opposée à la prise en charge des frais dans le cadre des obligations de couverture précisées ci-dessus.

2.2 Objet du contrat

Le contrat Swiss Santé a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d’hospitalisation occasionnés par l’un des événements suivants :

- maladie ;
- maternité ;
- accident ;

constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d’effet des garanties, en complément des prestations versées par votre régime obligatoire ou de prestations non couvertes par votre régime obligatoire mais pré-

vues par les garanties souscrites

Les frais engagés doivent faire l’objet d’une prescription et avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent faire l’objet d’un remboursement s’ils sont prévus aux dispositions particulières.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ou évènement ayant débuté postérieurement à la date d’effet du contrat ou de l’adhésion et durant la période garantie.

Les remboursements dépendent des garanties choisies et indiquées aux dispositions personnelles. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Vous pouvez également bénéficier de garanties d’assistance si cette garantie est prévue et mentionnée aux dispositions personnelles.

Leurs conditions de prise en charge sont précisées dans la convention d’assistance santé dont la référence est mentionnée aux dispositions personnelles.

2.3 Ce que garantit le contrat

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées aux dispositions personnelles et reprise au tableau de garanties, le contrat garantit :

- le remboursement des frais médicaux ;
- le versement d’indemnités forfaitaires ;
- la mise en œuvre des services d’assistance.

2.3.1 Le remboursement des frais médicaux

L’hospitalisation

- Les frais de séjour ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les actes d’anesthésie et d’obstétrique ;
- L’hospitalisation à domicile ;
- Les frais de transport du malade ou de l’accidenté ;
- Le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- La chambre particulière pour une durée illimitée ;
- Le remboursement des frais de télévision pendant quinze jours par évènement, en cas d’hospitalisation ;
- Le remboursement des frais d’accompagnement, en cas d’hospitalisation d’un assuré accompagné par son conjoint ou un enfant dans les limites du plafond journalier prévu ;
- Le versement d’une allocation forfaitaire à l’assuré (e) par maternité ou par adoption et par enfant.

Le dentaire

- Les soins dentaires, la prophylaxie, la parodontologie et la prévention remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les inlays et onlays remboursés par la Sécurité social ;
- L’orthodontie remboursée par la Sécurité sociale ;
- Les prothèses dentaires et inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale dans la limite des plafonds indiqués aux dispositions particulières ;
- Les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, l’implantologie, les prothèses, l’orthodontie, la parodontologie dans les limites des montants indiqués aux dispositions particulières.

L’optique

- Les verres ;
- La monture ;
- Les lentilles cornéennes remboursés ou non par la Sécurité sociale ;
- La chirurgie réfractive.

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », il est prévu de rembourser un équipement (monture + verres) à compter de l’adhésion d’un assuré, par période de deux ans d’assurance, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d’évolution de la vue pour lesquels le remboursement pourra être annuel.

La médecine courante

- Les consultations et visites ;
- Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- Les analyses et examens de laboratoires ;
- Les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- Les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM) ;
- Les médecines douces non remboursées (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie,) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin.

La pharmacie

Les médicaments et l'homéopathie remboursée par la Sécurité sociale.

Les prothèses et les appareillages

- Les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires ;
- Le versement d'un forfait annuel et par bénéficiaire pour les prothèses capillaires et auditives remboursées par Sécurité sociale.

Les cures thermales

- Les cures thermales remboursées par la Sécurité sociale ;
- Le versement d'un forfait par an et par bénéficiaire, en cas de cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale.

La prévention

Le contrat peut prendre en charge dans le cadre d'un forfait annuel et sur prescription médicale des actes de dépistage, de prévention et de pharmacie non remboursés, dont la liste est précisée aux dispositions particulières. Le contenu peut évoluer, des actes peuvent être ajoutés ou enlevés, selon les évolutions législatives ou réglementaires et en fonction du progrès médical en matière de prévention.

Le versement des forfaits sont effectués dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

2.3.2 Les services complémentaires

Les services proposés par Carte Blanche Partenaires

La garantie santé est complétée par des services innovants et performants, détaillés ci-dessous, qui répondent à un certain nombre de critères objectifs, d'exigence et de qualité de services.

- La dispense d'avance de frais (tiers payant) pour de nombreuses dépenses de santé auprès des professionnels de santé partenaires :
 - En pharmacie, laboratoire, kinésithérapie, transports sanitaires, optique, radiologie, soins externes en établissements, la prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de votre attestation de tiers payant Carte Blanche Partenaires en cours de validité. En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.
 - En hospitalisation, dentaire, audioprothèse, la prise en charge peut être accordée sur simple appel au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant Carte Blanche Partenaires.

Vous demeurez naturellement libre de consulter un professionnel de santé hors du réseau Carte Blanche Partenaires, hors des conditions spécifiques précisées ci-dessus.

- Des actions organisées par L'Association Carte Blanche Asso dont les assurés sont bénéficiaires et qui leurs permettent d'obtenir de l'information en matière de santé et de prévention par téléphone, de recevoir la lettre d'information santé, d'avoir un accès personnalisé au site d'information prévention santé : www.carteblanchepartenaires.fr, de participer à des programmes de prévention tels que le coaching arrêt

du tabac ou coaching nutrition, de participer également à des enquêtes sur vos attentes et besoins en matière des santé.

Pour connaître les professionnels de santé partenaires de Carte Blanche Partenaires, il vous suffit d'appeler le numéro figurant sur votre attestation de tiers payant, ou de consulter le site www.carteblanchepartenaires.fr, muni de votre identifiant et mot de passe envoyés avec votre attestation de tiers payant Carte Blanche Partenaires.

Les services proposés par la Garantie Assistance Santé

Grâce à la Garantie Assistance Santé, vous bénéficiez de services d'assistance qui vous accompagnent en cas de besoin si elles sont prévues et mentionnées aux dispositions personnelles.

L'Assistance Santé comprend notamment :

- le portage de médicaments, si le bénéficiaire des garanties est immobilisé pendant plus de cinq jours ;
- une aide-ménagère à domicile, suite à une hospitalisation de plus de 48 heures ;
- l'assistance information Info Santé.

Toutes les conditions de la Garantie Assistance sont précisées dans la « Convention d'assistance santé » jointe à vos dispositions personnelles.

2.4 Entrée en vigueur des garanties

- Toute augmentation ou réduction de garantie ne peut se faire qu'à l'échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion, après un an d'assurance.
- L'entrée en vigueur des garanties, ainsi que les augmentations de garantie et les extensions d'assurance prévues par avenant, dépend de la formule choisie.

Pour les garanties « Hospitalisation y compris maternité »

Les garanties sont acquises immédiatement pour les niveaux 1, 2, 3, 4, 5, 6. Pour les niveaux 7, 8, 9 les garanties sont limitées à hauteur du niveau 6 pendant trois mois, sauf en cas d'accident.

Pour les garanties optique, dentaire, médecine courante et pharmacie

Les garanties sont acquises immédiatement pour les niveaux 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Pour le niveau 9 les garanties sont limitées à hauteur du niveau 8 pendant 6 mois pour l'optique, les cures thermales, les appareillages auditifs, orthopédiques et autres prothèses (hors dentaire) et à 9 mois pour les soins et prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie, la parodontologie, sauf en cas d'accident.

Les délais d'attente sur SwissLife Santé peuvent être abrogés en cas de reprise à la concurrence, dans les conditions prévues aux dispositions personnelles à hauteur de la garantie précédente et à condition qu'il n'y ait pas eu d'interruption entre les 2 contrats.

2.5 Assurance du nouveau-né

Le nouveau-né peut être assuré immédiatement et garanti sans délai d'attente, si la demande d'adhésion munie d'un bulletin de naissance, nous parvient dans le mois qui suit sa naissance.

Dans les autres cas, la garantie du nouveau-né prendra effet à la date de réception de la demande d'extension. Les délais d'attente seront applicables.

Si la naissance ou l'adoption intervient dans les 9 mois suivant la date d'effet de l'adhésion au contrat, le forfait maternité sera versé prorata temporis de la durée d'assurance écoulée.

2.6 Étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou

d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le régime obligatoire français intervient. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.

2.7 Cas où la garantie ne s'exerce pas

- **Les maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :**
 - d'un acte intentionnel de l'assuré ;
 - de l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ;
 - de l'alcoolisme, de l'ivresse ou de la démence ;
 - de la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense ;
 - de la guerre étrangère, de la guerre civile ;
 - de la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage ;
 - de cataclysme ;
 - de la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.
- **Sont également exclus de la garantie :**
 - les maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois ;
 - les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;
 - les traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti ;
 - les frais de diététique (hospitalisation et traitements) ;
 - les cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites ;
 - les traitements par psychanalyse ;

- les frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants ;
- la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;
- la pratique des sports mécaniques et aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie).

III – La vie du contrat

3.1 Vos déclarations

3.1.1 À la souscription ou à l'adhésion

- Le contrat ou l'adhésion est établi(e) d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.
- Vous devez répondre à la souscription ou à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance.
- Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

3.1.2 En cours de contrat

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

- changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès) ;
- cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au régime obligatoire ;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine ;
- la souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée adressée à notre siège social ou à notre représentant conformément aux dispositions de l'article L. 113-2 du Code des assurances.

La circonstance nouvelle doit être déclarée par l'assuré dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

3.1.3 Conséquences de la fausse déclaration

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances.

- article L. 113-8 – Nullité du contrat ;
- article L. 113-9 – Réduction des indemnités.

3.2 Conclusion et prise d'effet

3.2.1 Conclusion du contrat

Le contrat ou l'adhésion est conclu par l'accord entre le souscripteur ou l'adhérent, l'assureur. La date de conclusion du contrat ou de l'adhésion est celle des dispositions personnelles qui sont transmises au souscripteur ou l'adhérent.

3.2.2 Prise d'effet

Le contrat ou l'adhésion produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée aux dispositions personnelles. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat ou à l'adhésion.

3.2.3 Durée

Le contrat ou l'adhésion est conclu(e) pour une durée annuelle. À l'expiration de chaque période annuelle, il est reconduit de plein droit d'année en année, sauf résiliation par vous ou par nous dans les formes et conditions qui suivent.

3.3 Résiliation

Motif de résiliation	Qui peut résilier ?	Forme de la résiliation et conditions	Prise d'effet
Résiliation annuelle (<i>article L.113-12 du Code des assurances</i>)	Le souscripteur ou l'adhérent	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur moyennant un préavis d'au moins deux mois suivant l'échéance anniversaire du contrat.	À l'échéance anniversaire du contrat.
En cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle (<i>article L.113-16 du Code des assurances</i>)	Le souscripteur ou l'adhérent et l'assureur	Pour ce faire, les risques garantis doivent être en relation directe avec la situation antérieure et ne doivent pas se retrouver dans la situation nouvelle. Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception dans les trois mois suivant l'événement.	La résiliation prend effet un mois après sa notification.
En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisations (<i>article L.113-3 du Code des assurances</i>)	L'assureur	Envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, au dernier domicile connu du souscripteur ou de l'adhérent, dans les dix jours de la date d'échéance du paiement. Cette action est totalement indépendante de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.	La garantie est suspendue trente jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. La résiliation prend effet quarante jours après l'envoi de cette lettre. Dans ce cas, la totalité de la cotisation annuelle échue vous sera réclamée. Le contrat, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période.
En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (<i>article L.113-9 du Code des assurances</i>)	L'assureur	Envoi d'une lettre recommandée au dernier domicile connu du souscripteur ou de l'adhérent.	La résiliation prend effet dix jours après notification par l'assureur.
En cas de décès du souscripteur ou de l'adhérent		Résiliation de plein droit.	Si d'autres assurés sont garantis, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.
Révision du tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatés sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties	Le souscripteur ou l'adhérent	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur dans les trente jours qui suivent la date de notification de la modification.	La résiliation intervient un mois après sa notification. Le souscripteur ou l'adhérent devra verser la portion de cotisation (calculée sur la base du tarif précédent), au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation du contrat, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

3.4 Droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance

	<i>Démarchage à domicile</i>	<i>Vente à distance</i>
<i>Définitions</i>	«Toute 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 [...]».	«Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat».
<i>Exécution immédiate du contrat</i>		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse du souscripteur. La cotisation dont le souscripteur est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.
<i>Modalités et conditions de renonciation</i>	Le souscripteur a la faculté de renoncer à sa souscription ou à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur les dispositions personnelles). Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.	
<i>Modèle de lettre de renonciation</i>	Je soussigné(s) (nom et prénom du souscripteur ou de l'adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma souscription / mon adhésion au contrat SwissLife Santé n° (numéro de souscription / d'adhésion) que j'ai signé le (date). (Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature).	
<i>Perte de la faculté de renonciation</i>	Si le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
<i>Conséquences de la renonciation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. - L'assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. - L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la renonciation. - Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.
<i>Articles</i>	<i>L.112-9 du Code des assurances.</i>	<i>L.112-2-1 du Code des assurances et L.121-26 et L.121-26-1 du Code de la consommation</i>

3.5 Les cotisations

3.5.1 Montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de la cotisation correspondant à la formule choisie est fixé en fonction de l'âge des assurés à la prise d'effet de l'adhésion ou du contrat et du lieu du domicile du souscripteur ou de l'adhérent.

Elle évolue contractuellement, à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés,

- de 2 % jusqu'à l'âge de 60 ans,
- de 3 % de 61 à 75 ans,
- de 3,5 % de 76 à 80 ans.

3.5.2 Variation des cotisations

- Les cotisations évoluent à chaque échéance principale du contrat ou de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

- Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires. Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion.
- Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

3.5.3 Révision du tarif

L'assureur peut être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat. Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier le contrat conformément à l'article 3.3 « Résiliation ».

3.5.4 Paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Nous pouvons accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est alors fait mention aux dispositions personnelles.

3.5.5 Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 3.3 « Résiliation » en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

3.6 Règlement des prestations

Plusieurs possibilités vous sont offertes pour obtenir le règlement de vos prestations :

3.6.1 La procédure simplifiée

La télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse

d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant. Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations du régime obligatoire.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser sur la proposition d'assurance ou le notifier par écrit à notre siège social ou à votre Appui Commercial Régional. Le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

Le tiers payant

Une carte de tiers payant peut être délivrée au souscripteur ou à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si le souscripteur ou l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, l'assureur pourra demander au souscripteur ou à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

Le souscripteur qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

3.6.2 La procédure classique

Lorsque le souscripteur ou l'adhérent ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime obligatoire, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, vous devez nous faire parvenir pour les dépenses liées à :

- La médecine courante : les décomptes originaux des prestations des régimes obligatoires ;
- L'hospitalisation : les ordonnances, les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires de chirurgiens ; les factures de frais de télévision ; les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire ;
- L'optique : la facture détaillée établie par l'opticien. Pour le renouvellement annuel de l'équipement en cas d'évolution de la vue :
 - la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, accompagnée de la prescription initiale ;
 - ou la prescription médicale initiale avec corrections apportées par l'opticien ;
- Le dentaire : la facture détaillée établie par le dentiste ;
- La prévention : les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire ;
- La médecine complémentaire : les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire.

3.7 Renseignements complémentaires

- Notre médecin-conseil peut vous demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.
- Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement.

3.8 Contrôle et expertise

- Sauf cas de force majeure, l'assuré malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. L'assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que nous avons mandaté sont à notre charge, l'assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix.

- La décision sera communiquée à l'assuré par notre médecin-conseil.
- Si l'assuré ne l'a pas contesté dans les trente jours, le diagnostic du médecin-conseil est considéré comme acquis. En cas de désaccord, l'assuré doit transmettre une attestation médicale contradictoire.
- Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les médecins désignent un expert (s'ils n'y parviennent pas, la désignation est effectuée par le président du tribunal de grande instance du lieu du domicile de l'assuré).
- Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.
- Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés moitié par nous, moitié par vous.
- Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

3.9 Délais à respecter

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises trois mois au plus tard après la date des soins.

3.10 Sanctions

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser notre remboursement.

3.11 La subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément à l'article L. 121-12 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

3.12 Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L. 114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2

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 prime

et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3

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.

Causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, 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 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmier l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 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.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 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 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

3.13 Loi informatique et libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe SwissLife mentionnée sur ce document.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin conseil, 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

3.14 Les réclamations - médiation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou avec le Centre de Relations Clients, CS 50003 59897 Lille Cedex 9 par courrier simple.

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations à l'adresse suivante : Service Réclamations Prévoyance et Santé – TSA 36003 – 59781 Lille Cedex.

En dernier recours : le Département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées.

Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par votre service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le médiateur de la FFSA

Le médiateur de la FFSA (Fédération française des sociétés d'assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la FFSA. Le médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Département Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

3.15 L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) – 61, rue Taitbout – 75009 Paris.



L'avenir commence ici.

*SwissLife Prévoyance et Santé
Siège social :
7, rue Belgrand
92300 Levallois-Perret
SA au capital social
de 150 000 000 €
Entreprise régie par
le Code des assurances
322 215 021 RCS Nanterre.*