

Swiss santé

Dispositions Générales valant notice d'information

Assurance remboursement des frais médicaux, chirurgicaux
et d'hospitalisation



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, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets 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

| | |
|---------------|---|
| Lexique | 4 |
|---------------|---|

I - Les garanties d'assurance 5

| | |
|---|---|
| 1 - Situation des garanties du contrat au regard de la loi du 13 août 2004..... | 5 |
| 2 - Objet du contrat | 5 |
| 3 - Ce que garantit le contrat | 6 |
| 4 - Entrée en vigueur des garanties | 7 |
| 5 - Assurance des nouveau-nés | 7 |
| 6 - Etendue territoriale des garanties | 7 |
| 7 - Cas où la garantie ne s'exerce pas | 7 |

II - La vie du contrat 8

| | |
|--|----|
| 1 - Vos déclarations | 8 |
| 2 - Conclusion et prise d'effet..... | 8 |
| 3 - Résiliation | 8 |
| 4 - La cotisation | 9 |
| 5 - Règlement des prestations..... | 10 |
| 6 - Subrogation | 10 |
| 7 - Prescription | 10 |
| 8 - Droit de communication et de rectification (loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée)..... | 11 |
| 9 - Examen des réclamations | 11 |
| 10 - Contrôle des assurances | 11 |

LEXIQUE

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

Vous :

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

Nous :

Désigne la société d'assurance mentionnée aux dispositions personnelles

Souscripteur :

La personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

Adhérent :

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

Assuré :

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

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.

Maladie :

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

Accident :

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

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.

Date d'effet :

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

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.

Régime obligatoire :

Régime légal de prévoyance social auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

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.

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).

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.

Echéance :

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

Avenant :

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

I - Les garanties d'assurance

1 - Situation des garanties du contrat au regard de la loi du 13 août 2004

Les garanties de votre contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dits «contrats responsables» défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets d'application et arrêtés.

Le dispositif prévu par cette loi est principalement axé sur le respect du **parcours de soins coordonné** pour les personnes de 16 ans et plus, qui consiste à déclarer un Médecin traitant et à le consulter en priorité. Celui-ci coordonne les soins et oriente le patient, si nécessaire, vers un Médecin correspondant et mettra à jour le Dossier Médical Personnel.

La Sécurité sociale sanctionne le non-respect du parcours de soins en diminuant ses remboursements et en autorisant les médecins spécialistes du secteur I consultés directement à majorer leurs honoraires.

Dans ce contexte, la loi impose de nouvelles exigences pour les contrats complémentaire santé depuis le 1er janvier 2006, pour qu'ils puissent bénéficier des aides fiscales ou sociales prévues par la législation.

Ainsi les garanties des contrats complémentaire santé, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale :

- ne peuvent pas prendre en charge **la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale** en cas de non-respect du parcours de soins, prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale,
- ne peuvent 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,
- doivent **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,
- doivent **prendre en charge la totalité du ticket modérateur d'au moins deux actes de prévention** dans la liste fixée par arrêté,
- doivent **prévoir pour les frais engagés dans le cadre du parcours de soins des taux de remboursement minimum** sur les postes suivants :
 - honoraires des médecins : 30 % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale,
 - médicaments à vignettes blanches (remboursés à 65 % par la Sécurité sociale) : 30 % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale,
 - frais d'analyses ou de laboratoire : 35 % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d'évolutions législatives et régle-

mentaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (Art L. 112-3 alinéa 5 du Code des Assurances).

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.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins 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 et d'une aide à la médiation en cas d'erreur ou de négligence médicale si ces garanties sont prévues et mentionnées 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.

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 :

3.1 Le remboursement des frais médicaux :

- les frais de médecine générale et spécialisée (visites, consultations, déplacements de médecins, soins dispensés par les médecins),
- les actes des auxiliaires médicaux,
- les médicaments,
- les analyses et examens de laboratoires,
- les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie,
- les soins et prothèses dentaires, les frais d'orthodontie,
- les frais et appareils d'optique,
- les appareillages auditifs, orthopédiques et autres prothèses,
- les interventions chirurgicales,
- les hospitalisations, y compris le forfait hospitalier,
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté,
- les cures thermales (forfait d'eau et forfait médical),
- le remboursement des actes de prévention prévus par l'arrêté publié le 18 juin 2006 et des articles L. 871-1 et L. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux pris en charge par la Sécurité sociale, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

3.2 Le versement d'indemnités forfaitaires :

- le remboursement de la chambre particulière, dans les limites du plafond journalier prévu,
- le remboursement des frais de télévision pendant 15 jours par événement, en cas d'hospitalisation (y compris maternité) d'un bénéficiaire dans les limites du plafond journalier prévu,
- le remboursement des frais pour le lit d'accompagnant pendant 15 jours par événement, en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire du contrat accompagné par son conjoint, un ascendant direct ou un enfant, dans les limites du plafond journalier prévu,
- le remboursement de l'orthodontie pris en charge par le Régime Obligatoire dans les limites des montants prévus,
- le remboursement des prothèses dentaires, des implants, de l'orthodontie, de la parodontologie non pris en charge par le Régime Obligatoire ou hors nomenclature, dans les limites des montants et plafonds prévus,
- le versement d'un forfait optique pour les verres et les montures. Ce forfait couvre également les lentilles prescrites non prises en charge par le Régime Obligatoire ainsi que la chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, presbytie), sur prescription médicale. Le forfait est versé une fois par année d'assurance et par personne dans la limite des frais réels et peut être majoré de 50 % s'il n'a pas du tout été utilisé l'année précédente,
- une allocation forfaitaire en cas de cure thermale prise en charge par le Régime Obligatoire,
- le remboursement de produits pharmaceutiques sur prescription médicale et non remboursés par la Sécurité sociale (contraceptifs, vaccins, médicaments d'homéopathie et de phytothérapie),
- le remboursement des soins de chiropractie, d'ostéopathie ou de diététique non remboursés par le Régime Obligatoire dans la limite de la participation prévue,
- le versement d'un forfait auditif en complément de notre remboursement pour les prothèses auditives,
- le remboursement des actes de dépistage et soins préventifs prévus dans le cadre du «forfait prévention» dans la limite de la participation annuelle mentionnée aux dispositions personnelles - le contenu du forfait prévention 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 remboursement de séances de pédicure-podologue non prises en charge par le Régime Obligatoire dans la limite de la participation prévue. Cette participation ne concerne que les séances de pédicures-podologues Diplômés d'Etat inscrits au répertoire ADELI de la Direction Générale de la santé, prescrites par un médecin

et qui ne sont pas prises en charge par le Régime Obligatoire,

- le versement d'un forfait pour les loupes, télé-agrandisseurs et loupes électroniques sur prescription médicale. Le forfait est versé une fois par année d'assurance et par personne dans la limite des frais réels,
- le versement d'un forfait en complément de notre remboursement pour les prothèses capillaires remboursées par le Régime Obligatoire.

Les versements de 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.

3.3 Des garanties d'assistance :

Vous pouvez bénéficier de garanties d'assistance si elles sont prévues et mentionnées aux dispositions personnelles. Leurs conditions de prise en charge sont précisées dans la "Convention d'assistance santé" jointe à vos dispositions personnelles.

4 - Entrée en vigueur des garanties

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 Swiss Santé, Ma formule :

Pour le module hospitalisation

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

Pour les modules Optique/Dentaire, Médecine courante et Pharmacie

Il n'y a pas de délai d'attente jusqu'au niveau 6 inclus. Pour le niveau 7, il n'y a pas de délai d'attente en cas d'accident, ni en ce qui concerne les soins courants sauf :

- 6 mois pour l'optique, les cures thermales, les soins dentaires, les appareillages auditifs, orthopédiques et autres prothèses,
- 9 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie, la parodontologie.

Pour les modules Optique/Dentaire, Médecine courante et Pharmacie, les délais d'attente concernent la partie du remboursement excédant le niveau de garantie de la formule 6.

Les délais d'attente sur Swiss santé, Ma formule peuvent être abrogés dans les conditions prévues aux dispositions personnelles.

Pour Swiss Santé, Ma formule additionnelle :

Les garanties sont acquises :

- immédiatement en cas d'accident,
- après un délai d'attente de 3 mois pour l'hospitalisation et les soins en cas de maladie ou de maternité,
- 6 mois pour l'optique, les cures thermales, les soins dentaires, les appareillages auditifs, orthopédiques et autres prothèses,
- 9 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie, la parodontologie.

Ces délais d'attente peuvent être abrogés dans les conditions prévues aux dispositions personnelles.

5 - Assurance des nouveau-nés

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.

Si la mention est indiquée aux dispositions personnelles, le nouveau-né bénéficie des garanties du contrat sans cotisation supplémentaire jusqu'à son premier anniversaire, à condition que ses parents étaient déjà assurés avant la naissance de l'enfant. La cotisation du contrat sera ensuite réajustée automatiquement sans que cela constitue un motif de résiliation.

6 - Etendue 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 intervient. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'Etat Français. Cette extension de garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France métropolitaine.

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 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 (y compris alpinisme, spéléologie),
 - par ailleurs, les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités à 90 jours pour toute la vie du contrat ou de l'adhésion.

Dans le cas des situations énoncées ci-dessus, le contrat prendra néanmoins en charge les obligations minimales prévues par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale : c'est-à-dire, le remboursement des frais engagés, dans le cadre du parcours de soins, des prestations suivantes :

- honoraires des médecins : 30 % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale,
- médicaments à vignettes blanches (remboursés à 65 % par la Sécurité sociale) : 30 % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale,
- frais d'analyses ou de laboratoire : 35 % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

II - La vie du contrat

1 - Vos déclarations

1.1 A la souscription ou à l'adhésion

- Le contrat est établi 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.

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,
- changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine.

1.3 A la souscription, à l'adhésion ou en cours de contrat

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous 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.

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.**

2 - Conclusion et prise d'effet

2.1 Conclusion du contrat

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

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.

2.3 Durée

Le contrat ou l'adhésion est conclu pour une durée annuelle. A 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 - Résiliation

3.1 Par vous :

- En cas d'exercice de votre droit à renonciation dans le cadre et dans les conditions prévus par les articles L. 112-9 et L. 112-2-1 du Code assurances et les articles L. 121-20-8 et suivants du Code de la consommation.
- Chaque année, à l'échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion moyennant préavis d'au moins deux mois.
- En cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, **si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.** La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification.
- En cas d'augmentation de votre cotisation annuelle supérieure à la variation de l'indice, selon les dispositions du paragraphe 4.2. L'ajustement de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

3.2 Par nous :

Chaque année pour :

- non paiement des cotisations,
- réticence ou fausse déclaration à la souscription, à l'adhésion ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues : la résiliation prend alors effet 10 jours après sa notification.

3.3 De plein droit :

En cas de décès du souscripteur ou de l'adhérent.

Si d'autres assurés sont garantis, le contrat ou l'adhésion est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.

3.4 Forme de la résiliation

Par vous :

Dans tous les cas où vous avez la faculté de demander la résiliation, vous pouvez le faire :

- soit par lettre recommandée à notre siège social ou auprès de votre Centre National de Relation Clients ; la résiliation prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée par la compagnie,
- soit en effectuant une déclaration contre récépissé à notre siège social,
- soit par acte extra-judiciaire.

La résiliation pour l'un des événements repris au 3^{ème} alinéa du paragraphe 3.1 devra être effectuée par lettre recommandée, en indiquant la nature de l'événement justifiant cette résiliation.

Par nous :

La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée au dernier domicile connu de nous.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue, sauf dans les cas ci-dessous :

- non paiement des cotisations,
- réticence ou fausse déclaration à la souscription, à l'adhésion ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

3.5 Conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations

Les prestations sont dues, pour les soins et traitements en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

3.6 Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation

3.6.1 En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L. 112-9 du Code des assurances

- Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.
- En cas de renonciation l'assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, 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.

3.6.2 En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L. 112-2-1 du Code des assurances et L. 121-20-8 et suivants du Code de la consommation (commercialisation à distance)

- 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.
- Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.
- 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 30 jours.

4 - La cotisation

4.1 Montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de la cotisation correspondant à la formule et au(x) module(s) choisi(s) est fixé en fonction de l'âge des assurés à la prise d'effet de l'adhésion et du lieu du domicile du souscripteur. Elle évolue contractuellement, à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés, de 2 % jusqu'à l'âge de 65 ans et de 3 % à partir de 66 ans.

4.2 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.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification de taxe impliquera une variation de cotisations.

4.3 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 ou l'adhésion dans les trente jours suivant la date où vous aurez eu connaissance de cette modification, la résiliation intervenant un mois après sa notification. Vous verserez 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.

4.4 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 ; il en est alors fait mention aux dispositions personnelles.

En cas de non-paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat ou de l'adhésion en justice, nous pouvons adresser une lettre recommandée de mise en demeure et suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre. Nous pouvons résilier le contrat ou l'adhésion 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours et réclamer la totalité de la cotisation annuelle échue.

Le contrat ou l'adhésion, 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.

5 - Règlement des prestations

5.1 Procédure classique

Pour obtenir le règlement des prestations, vous devez nous faire parvenir :

- les décomptes originaux des prestations des Régimes Obligatoires,
- les ordonnances, les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires de chirurgiens,
- les factures de frais de télévision en cas d'hospitalisation,
- les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire,
- un acte de naissance de l'enfant de l'assurée pour bénéficiaire de son adhésion gratuite la première année, lorsque l'assuré bénéficie d'un autre Régime complémentaire, les décomptes de prestations de ce régime,
- en cas de frais d'optique, la facture détaillée établie par l'opticien,
- en cas de frais dentaires, la facture détaillée établie par le dentiste,
- pour le remboursement des frais d'obsèques : une copie de l'acte de décès, la facture des frais d'obsèques
- et une pièce établissant la qualité du bénéficiaire : photocopie du livret de famille, de la carte d'identité, du passeport ou toute autre pièce que nous estimerons nécessaire.

5.2 Procédure simplifiée

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 bulletin d'adhésion) ou le notifier par écrit à notre siège social ou à votre Centre de relations clients. Le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

5.3 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.

5.4 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 30 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.

5.5 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.

5.6 Sanctions

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

6 - 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.

7 - 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 14 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.

8 - Droit de communication et de rectification (Loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée)

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, 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 ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

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.

9 - Examen des réclamations

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.

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations à l'adresse suivante : Service Réclamations PREVOYANCE ET SANTE, 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.

10 - Contrôle des assurances

Autorité chargée du contrôle :

Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)
61, rue Taitbout
75009 PARIS



L'avenir commence ici.

*Swiss Life 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

www.swisslife.fr