SwissLife

Swiss santé

Assurance remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation - A titre principal

Dispositions Générales

valant notice d'information

Madame, Monsieur,

Votre contrat d'assurance Swiss santé, régi par le Code des Assurances, comprend deux parties :

- **les présentes Dispositions Générales**
  qui définissent le fonctionnement du contrat et présentent les différentes garanties possibles.

- **les Dispositions Personnelles**
  elles précisent les garanties que vous avez choisies, adaptent les dispositions générales à votre propre situation et fixent les règles particulières définies entre vous et notre société.

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 - LEXIQUE 5

II - LES GARANTIES D'ASSURANCE 6

1 - Objet du contrat 6
2 - Qui peut souscrire ? 6
3 - Que garantit le contrat ? 6
4 - Entrée en vigueur des garanties 7
5 - Assurance des nouveau-nés 8
6 - Etendue territoriale des garanties 8
7 - Cas où la garantie ne s'exerce pas 8

III - LA VIE DU CONTRAT 9

1 – Adhésion au contrat - Déclaration du risque 9
2 - Formation et prise d'effet 9
3 - Durée 9
4 – Résiliation 9
5 - La cotisation 10
6 - Règlement des prestations 11
7 – Subrogation 12
8 – Prescription 12
9 - Droit de communication et de rectification (Loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée) 12
10 - Examen des réclamations 13
11 - Contrôle des assurances 13

I - Lexique

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

Vous :
Désigne le souscripteur ou l'assuré.

Nous :
Désigne la société d'assurance mentionnée aux dispositions personnelles

Souscripteur :
La personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

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

Domicile :
Lieu de résidence principale ou adresse du souscripteur 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.

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.

Tarif de convention :
Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhéré aux Conventions Nationales.

Tarif de responsabilité :
Tarif arrêté par les Pouvoirs Publics et qui s'applique au remboursement des séjours hospitaliers et à certains actes.

Tarif d'autorité :
Tarif servant de base au remboursement des honoraires et soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale :
Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles 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 de la Table Nationale de Biologie (TNB).

Echéance principale :
Date de renouvellement du contrat 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.

II - les garanties d'assurance

1 - 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 selon les mêmes règles que le Régime Obligatoire de Sécurité Sociale française.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet du contrat 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 bénéficiez de garanties d'assistance si ces garanties sont prévues pour la formule choisie , et mentionnées aux dispositions personnelles.
Leurs conditions de prise en charge sont précisées dans la convention d'assistance santé jointe au contrat

Pour les travailleurs frontaliers suisses,
les risques accidents de travail et de la vie privée sont exclus de la garanties, en effet ils sont affiliés pour ce risque auprès de la SUVA à Bâle. Ces risques peuvent être garantis moyennant une majoration pour l'ayant droit non salarié et les enfants majeurs (le risque accident vie privée étant garanti sans majoration pour les enfants jusqu'à 17 ans révolus). Les conditions sont indiquées aux dispositions personnelles.

2 - Qui peut souscrire ?

Le contrat est réservé :

- Soit aux personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'une couverture maladie obligatoire à quel que titre que ce soit. L'assuré doit nous signaler toute modification qui ne lui permettrait plus de bénéficier de cette garantie afin d'étudier avec lui les possibilités d'adapter sa garantie.
- Soit aux travailleurs frontaliers suisses qui résident en France et qui ont fait valoir leur droit d'option auprès d'une assurance privée dans le cadre des possibilités prévues par les accords bilatéraux.

L'assuré doit nous signaler toute modification au niveau de sa situation (notamment la cessation de son activité en suisse, son départ en retraite) qui ne lui permettrait plus de bénéficier de cette garantie au titre des accords bilatéraux. Nous étudierons alors, avec lui, les possibilités d'adapter sa garantie à sa nouvelle situation.

3 - Que garantit le contrat ?

Dans les conditions et limites de la garantie, le contrat garantit la prise en charge des prestations suivantes si elles sont prévues et précisées aux dispositions personnelles du contrat.
Les remboursements exprimés en montant ou en forfait sont versés par année d'assurance pour chacun des bénéficiaires assurés.

3.1. Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation suivants :

- 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).

Les prestations sont attribuées et calculées suivant les modalités prévues pour le calcul des prestations de la Sécurité Sociale française.

Sauf cas particuliers prévus aux dispositions personnelles, pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, 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 Tables Nationale de Biologie (TNB), pris en charge par la Sécurité sociale.

Pour les travailleurs frontaliers suisses,
si la prise en charge des soins médicaux et/ou d'hospitalisation est prévue en Suisse, notre remboursement s'effectuera sur la base des remboursements et des nomenclatures en vigueur en Suisse dans les limites des garanties choisies.
En ce qui concerne les hospitalisations en Suisse :
- *pour les établissements hospitaliers relevant de l'ADPRG, notre remboursement sera exprimé en fonction du tarif de référence de l'hôpital cantonal de Genève*
- *Pour les établissements ne relevant pas de l'ADPRG, le remboursement s'effectuera sur la base des montants indiqués au dispositions personnelles du contrat*

La base de remboursement retenue est précisée dans le tableau de garantie de l'assuré.

3.2 Le remboursement des prestations suivantes si elles sont précisées aux dispositions personnelles :

Remboursement des frais d'optique pour les verres et les montures à hauteur du montant précisée au dispositions personnelles. Entre dans ce remboursement les lentilles remboursables ou non par la Sécurité sociale ainsi que la chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, presbytie) sur prescription médicale. Le montant correspond au remboursement maximum par bénéficiaire et par année d'assurance dans les limites des frais réels.
Le montant maximum de remboursement peut être majoré de 50 % s'il n'a pas été du tout utilisé l'année précédente.

Remboursement des frais dentaires, à hauteur du montant précisée aux dispositions personnelles. Sont pris en compte dans ce remboursement les prothèses dentaires, les actes d'implantologie, d'orthodontie, de parodontologie remboursables ou non par la Sécurité sociale. Après deux ans d'assurance, les remboursements peuvent être augmentés dans les limites indiquées aux dispositions personnelles.

Le remboursement de la chambre particulière, dans la limite des garanties prévues.

Le remboursement des frais pour le lit d'accompagnant pendant 15 jours par an, 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 des soins d'ostéopathie ou de chiropractie non remboursables par la Sécurité sociale dans la limite de la participation prévue.
Le remboursement de vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale en recommandations générales du calendrier vaccinal dans la limite de la participation prévue.

Le remboursement des actes de dépistage et soins préventifs prévus dans le cadre du forfait prévention dans la limite de la participation annuelle prévue aux dispositions personnelles.

Le versement d'allocations forfaitaires en complément de notre remboursement :
- en cas de cure thermale remboursable par la Sécurité sociale
- pour les prothèses auditives
- pour les prothèses capillaires

Pour certaine formules réservées aux travailleurs frontaliers :
Le remboursement de certaines médecines préventives et reconnues : sophrologues, naturopathes, relaxologues, étiopathes dans la limite de la participation prévue.
Le remboursement de médicaments de phytothérapie, nutrithérapie sur prescription médicale.

4 - Entrée en vigueur des garanties

Les garanties de votre contrat sont acquises :
- pour les contrats temporaires à titre principal : immédiatement
- pour les formules Hospitalisation et Chirurgie à titre principal :
  - après un délai d'attente de 3 mois pour les maladies autres qu'infectieuses, la maternité et la grossesse,
- pour les formules remboursement des frais médicaux et chirurgicaux à titre principal (autres que frontaliers) :
  - sans délai d'attente en cas d'accident,
  - après un délai d'attente de 3 mois en cas de maladies autres qu'infectieuses, la maternité et la grossesse,
  - après 6 mois en optique, soins dentaires, cures thermales, appareillage, prothèses auditives et orthopédiques,
  - après 9 mois pour les prothèses dentaires, orthodontie,
- pour les formules frontaliers suisses à titre principal ou complémentaire :
  - sans délai en cas de maladie, de maternité et de grossesse,

- après un délai d'attente de 6 mois en optique, soins dentaires, cures thermales, appareillage, prothèses auditives et orthopédiques,
- 9 mois pour les prothèses dentaires, orthodontie, implantologie et la parodontologie.

Les délais d'attente sont décomptés à partir de la date d'effet du contrat.

5 - Assurance des nouveau-nés

Le nouveau-né peut être assuré immédiatement et l'enfant est garanti sans délai d'attente. Les éventuelles affections congénitales sont couvertes si l'un des parents est assuré depuis plus de 9 mois au jour de la naissance.
Le bulletin de naissance devra nous parvenir dans le mois qui suit la 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.

6 - Etendue territoriale des garanties

La garantie des contrats s'exerce dans les pays de l'Union Européenne et éventuellement en Suisse si cela a été prévu.
Pour le reste du monde, l'extension est possible pour :

- **des voyages à l'étranger de moins de 30 jours**
- **des évènements imprévisibles à la date de départ de France**

7 - Cas où la garantie ne s'exerce pas

<u>Les maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :</u>

- **d'un acte intentionnel de l'assuré,**
- **de l'usage des 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 radio-activité.**

<u>Sont également exclus de la garantie :</u>

- **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 afférents,**
- **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.

III - La vie du contrat

1 – Adhésion au contrat - Déclaration du risque

1.1 A la souscription

- Le contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.
- Vous devez répondre à la souscription avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance.
- **L'âge limite de souscription est fixé à 65 ans.**

1.2. En cours de contrat

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

- affiliation à un Régime Obligatoire d'assurance maladie (Sécurité Sociale, Couverture Maladie Universelle de base...) d'un des assurés,
- changement de profession,
- changement de statut pour les travailleurs frontaliers,
- changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès),
- changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine.

1.3. A la souscription 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 L113.2 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 L113.8 - Nullité du contrat,

- Article L113.9 - Réduction des indemnités.

2 - Conclusion et prise d'effet

2.1 Conclusion du contrat

Le contrat est conclu par l'accord entre le souscripteur et nous, l'assureur. La date de conclusion est celle des dispositions personnelles.

2.2 Prise d'effet

Le contrat 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.

3 - Durée

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

4 - Résiliation

4.1. Par vous :

- **En cas d'exercice de votre droit à renonciation dans le cadre et dans les conditions prévus par les articles L112-9 et L 112-2-1 du Code des assurances et les articles L121.20-8 et suivants du Code de la consommation.**
- Chaque année à l'échéance anniversaire du contrat 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 5.2.

L'ajustement de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

4.2. Par nous :

Chaque année pour :

- non paiement des cotisations,
- réticence ou fausse déclaration à la souscription 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.

4.3. De plein droit :

- En case de décès du souscripteur : si d'autres assurés sont garantis, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.
- En cas de changement dans la situation de l'assuré au regard de son affiliation à un régime obligatoire d'assurance maladie qui ne lui permettrait plus d'être assuré au titre de ce contrat.

4.4. 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 relations clients,

➔ 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 paragraphe 4.1 3e alinéa devra être effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception, 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 ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

4.5. 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.

4.6. Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation

4.6.1 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.

4.6.2 En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L 112-2-1 du Code des assurances et L121.20-8 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 rétractation 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.

5 - La cotisation

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.

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.

5.2. Variation des cotisations et des garanties

La cotisation évolue également à chaque échéance principale du contrat 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.

5.3. Révision du tarif

Une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules, sur une catégorie de risques ou de garanties peut nous amener à changer les conditions tarifaires. Dans cette hypothèse, vous pourrez résilier le contrat, 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. D'autres part, si la législation vient à modifier les conditions de remboursement des prestations de la Sécurité sociale ou du Lamal, et que cela a un impact sur les garanties accordées, nous pourrons revoir la cotisation en conséquence à partir de l'échéance qui suite immédiatement cette modification.

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 ; 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 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 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours et réclamer la totalité de la cotisation annuelle échue.
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.

6 - Règlement des prestations

6.1. Procédure classique

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

- les ordonnances, les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires de chirurgiens,
- les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes habituellement non pris en charge par le Régime Obligatoire,
- lorsque l'assuré bénéficie d'un autre Régime principal ou 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.

6.2. 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.

6.3. 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.

6.4. 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.

6.5. Sanctions

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

7 - Subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément à l'article L121.12 du Code des Assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

8 - 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 L114-1 :
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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de 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 L114-2 :
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 L114-3 :
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.

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

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est **SwissLife Prévoyance et Santé**. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Médecin Conseil pour les informations à caractère médical, et pour les autres données auprès de la Direction Services Clients, tous deux situés : **1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 59671 Roubaix Cedex 1.**
Les données personnelles recueillies seront utilisées par le Groupe Swiss Life, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel et du secret médical,
- l'envoi de documents sur les produits des sociétés du Groupe Swiss Life. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

10 - Examen des réclamations

En cas de difficultés liées à votre contrat ou adhésion, nous vous conseillons de consulter tout d'abord votre intermédiaire d'assurance ou, à défaut, le Centre de relations clients qui gère votre contrat ou votre adhésion.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les conditions d'accès au Médiateur vous seront communiquées sur simple demande à notre siège social :

Swiss Life Prévoyance et Santé
86, Boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08.

11- Contrôle des assurances

Autorité chargée du contrôle :

Autorité de contrôle
des assurances et des mutuelles
(ACAM)
61, rue Taitbout
75009 PARIS

SwissLife

Pour chaque tonne d'imprimés papiers qu'elle émet, Swiss Life verse une contribution financière à EcoFolio.

Mod. 5085 C - 01.2010 Conception-Rédaction : Engagements & Produits - Création graphique : Communication Swiss Life

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :
86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08.
SA au capital de € 150.000.000.
Entreprise régie par le code
des assurances
322.215.021 RCS Paris.

www.swisslife.fr