

Swiss santé

Assurance remboursement des frais médicaux,
chirurgicaux et d'hospitalisation

Formules fondamentales



Madame, Monsieur,

Vous avez souscrit un contrat d'assurance frais médicaux Swiss santé.

Nous vous remercions de votre confiance.

• Votre 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 - Objet du contrat	5
2 - Entrée en vigueur des garanties	5
3 - Assurance des nouveau-nés	6
4 - Etendue territoriale des garanties	6
5 - Cas où la garantie ne s'exerce pas	6

II - La vie du contrat 7

1 - Vos déclarations	7
2 - Formation et prise d'effet	7
3 - Durée	7
4 - Résiliation	7
5 - La cotisation	8
6 - Règlement des prestations	9
7 - Subrogation	9
8 - Prescription	9
9 - Droit de communication et de rectification (loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée)	9
10 - Examen des réclamations	10
11 - Conditions de renonciation en cas de vente a distance	10
12 - Contrôle des assurances	10

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.

Régime obligatoire :

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

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.

Conclusion du contrat :

Le contrat est conclu par l'envoi, au domicile du souscripteur des conditions contractuelles (dispositions personnelles et dispositions générales), par l'assureur.

Avenant :

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

I - les garanties d'assurance

1 - Objet du contrat

Le contrat Swiss Santé Formules Fondamentales a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité, constaté médicalement et survenu 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 débutés postérieurement à la date d'effet du contrat. Les remboursements dépendent des garanties choisies et indiquées aux dispositions personnelles. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

En fonction du type de formule et des garanties prévues et mentionnées aux Dispositions Personnelles, le contrat garantit :

1.1 Les frais liés à une hospitalisation

Il s'agit du remboursement de vos dépenses de soins de santé nécessités par une maladie ou un accident et prodigués au cours d'un séjour d'au moins 24 heures en établissement hospitalier.

- Les frais de séjour en établissement hospitalier,
- les honoraires chirurgicaux,
- les frais de radiothérapie, médicaments, et autres frais annexes à une opération,
- le forfait journalier,
- le remboursement de la chambre particulière dans la limite du plafond journalier prévu,
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté,
- la visite ou la consultation pré et post opératoire nécessitées par une intervention chirurgicale,
- 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.

Nous remboursons également les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures.

1.2 Les frais dentaires

Le contrat prévoit le remboursement des actes suivants :

- les soins et prothèses dentaires, les frais d'orthodontie pris en charge par votre régime obligatoire
- les prothèses dentaires, les implants, l'orthodontie, la parodontologie non pris en charge par le Régime Obligatoire ou hors nomenclature, dans les limites du plafond annuel prévu

- certains actes de prévention dentaires non remboursés par le régime obligatoire (curetage sous gingival et pose d'un vernis fluoré) dans la limite du forfait prévu.

1.3 Les frais et appareils d'optique

Nous remboursons les frais d'optique en complément du remboursement de votre régime obligatoire. Notre remboursement est exprimé sous la forme de forfaits différenciés pour les verres et les montures. Les montants indiqués tiennent compte du remboursement du régime obligatoire. En ce qui concerne les montures, il est prévu un remboursement tous les 2 ans pour les adultes et une fois par an pour les enfants. En ce qui concerne les verres, il est prévu un remboursement tous les 2 ans pour les adultes et une fois par an pour les enfants sauf en cas de changement de correction d'au moins 0.5 dioptrie portant sur la sphère ou le cylindre. Ce forfait peut également être versé en cas de chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, presbytie), sur prescription médicale.

Le forfait lentille couvre les lentilles correctives prises en charge ou non par le Régime Obligatoire. Il est versé une fois par année d'assurance et par personne dans la limite des frais réels.

Pour le remboursement des actes médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels ou de la Liste des Produits et Prestations (LPP) de la Sécurité Sociale.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie (la date des soins retenue par le Régime Obligatoire sert de référence). En dentaire, les dépenses doivent également être situées dans la période de garantie, ainsi que les dates de propositions et d'exécution des travaux.

2 - Entrée en vigueur des garanties

Les garanties de votre contrat, ainsi que les augmentations de garantie et les extensions d'assurance, prévues par avenant sont acquises :

- immédiatement en cas d'accident,
- après un délai d'attente de 3 mois en cas de maladie,
- de 6 mois pour les frais d'optique et les soins dentaires,
- de 9 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie, la parodontologie, la maternité.

3 - 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.

4 - 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.

5 - 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 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.

II - La vie du contrat

1 - Vos déclarations

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.

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 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 - Formation et prise d'effet

Le contrat est parfait dès l'accord entre le souscripteur et l'assureur. Il 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 conditions 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 :

- 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 cas 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.

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 notre représentant désigné ou auprès de votre Centre relations clients,

- soit en effectuant une déclaration contre récépissé à notre siège social ou chez notre représentant désigné,
- soit par acte extra-judiciaire.

La résiliation pour l'un des événements repris au 2^{ème} alinéa du paragraphe 4.1 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.

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 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. La cotisation peut varier en cas de changement de domicile du souscripteur, dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

5.2. Variation des cotisations

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.

Par ailleurs, si les prestations allouées par votre Régime Obligatoire viennent à être modifiées, nous pourrons revoir la cotisation en conséquence à partir de l'échéance qui suit 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. Comment obtenir le règlement des prestations ?

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 notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire,
- 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.

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

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance (Article L114.1 et 2 du Code des Assurances).

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

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004- 801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est la Direction Services Clients de SwissLife Prévoyance et Santé - 60 boulevard de la Liberté - 59717 Lille Cedex 9, auprès de laquelle vous pourrez exercer vos droits

d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec ses mandataires, de l'information. Si vous souhaitez, cependant, ne pas être sollicité, nous vous invitons à nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précitée.

10 - Examen des réclamations

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

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- Conditions de renonciation en cas de vente à distance

Dans le cas où le contrat a été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L112-2 du code des assurances et L 121- 20 – 8 du code de la consommation), le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion, à la demande expresse du souscripteur.

Dans ce cadre et conformément aux textes précités, le souscripteur dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de conclusion du contrat (envoi des documents contractuels par l'assureur).

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à la Direction Services Clients de SwissLife Prévoyance et Santé - 60 boulevard de la Liberté - 59717 Lille Cedex 9. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci après.

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.

En cas de rétractation :

- Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à nous rembourser les montants perçus dans un délai de 30 jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, nous vous les rembourserons, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,
je soussigné (*Nom et Prénom du souscripteur*), demeurant à (*domicile principal*), ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma souscription au contrat Swiss Santé (*numéro du contrat*), que j'ai signée le (*date*). (*si des cotisations ont été perçues*) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A _____ Le _____ signature

12- Contrôle des assurances

Autorité chargée du contrôle :

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

