

SwissLife

Confort Santé

Dispositions générales
Notice d'information

SwissLife Confort Santé

Madame, Monsieur,

Votre contrat est composé des documents suivants :

- le document d'information normalisé sur le produit d'assurance (fiche IPID) ;
- les dispositions générales qui définissent les conditions d'application de votre contrat, exposent l'ensemble des garanties proposées.
Elles vous informent sur les risques non couverts et vous indiquent également la marche à suivre pour obtenir le versement de vos prestations ;
- la demande de souscription qui indique la déclaration du risque et les besoins du souscripteur ;
- les dispositions personnelles qui personnalisent votre assurance en l'adaptant à votre cas particulier, précisent les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

Sommaire

Chapitre 1	<i>Quelques définitions pour mieux nous comprendre</i>	3	Chapitre 5	<i>Les exclusions et limitations de garanties</i>	8
Chapitre 2	<i>Présentation de votre contrat</i>	3	Chapitre 6	<i>Les cotisations</i>	8
	2.1 Informations précontractuelles et contrat	3		6.1 Montant des cotisations	8
	2.2 Objet de votre contrat	3		6.2 Variation des cotisations	8
	2.3 Étendue territoriale	3		6.3 Révision du tarif	8
Chapitre 3	<i>Les garanties</i>	4		6.4 Non-paiement des cotisations	8
	3.1 Parer aux aléas de la vie	4		6.5 Gratuité 3 ^e enfant	8
	3.2 Financer le confort en cas de coup dur	5	Chapitre 7	<i>Les autres dispositions</i>	9
	3.3 Prévenir pour maîtriser mon bien-être	5		7.1 Litiges, réclamations et médiation	9
	3.4 Financer le bien-être pour vivre mieux et vivre ensemble	5		7.2 Protection des données à caractère personnel	9
	3.5 Modification des garanties	6		7.3 L'autorité de contrôle	11
Chapitre 4	<i>Fonctionnement de votre contrat</i>	6		7.4 La prescription	11
	4.1 Qui peut être assuré ?	6		7.5 Contrôle et vérification des prestations	12
	4.2 Vos déclarations	6		7.6 La subrogation	12
	4.3 Conclusion du contrat, date d'effet et durée	6		7.7 Contrôle et expertise	12
	4.4 Résiliation du contrat	6		7.8 Dématérialisation des échanges	12
	4.5 Droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	7			

Chapitre 1 – Quelques définitions pour mieux nous comprendre

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

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

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

Avenant : modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est conclu le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues.

Brûlure de 3^e degré : une brûlure est une lésion des tissus provoquée par le contact avec un élément ayant une température élevée qui peut être solide, liquide ou incandescent ; l'électricité ; des rayonnements artificiels ou de l'exposition à des flammes. Est considérée comme une brûlure du 3^e degré la destruction totale de l'épiderme et du derme.

Conjoint : On entend par conjoint :

- l'époux(se) de l'adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article S. 15-1 du Code civil ;
- le concubin de l'adhérent.

En cas de concubinage, l'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

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

Date d'effet du contrat : date à laquelle débute le contrat.

Délai d'attente : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur.

Tout événement survenant pendant le délai d'attente ainsi que ses suites, conséquences et récidives ne sont jamais garantis pendant toute la durée d'assurance. Le point de départ de cette période est la date d'effet du contrat indiquée aux **dispositions personnelles**.

Domicile : lieu de résidence principale ou adresse du souscripteur ou de l'assuré précisé aux dispositions personnelles.

Échéance : date de paiement de la cotisation qui figure sur l'appel de cotisations.

Enfants : sont considérés comme tels les enfants de l'adhérent ou de son conjoint. Au-delà de 20 ans, les enfants seront redevables d'une cotisation adulte.

Événement garanti : tout événement décrit dans les présentes dispositions générales qui conditionne la mise en œuvre de la garantie.

Fracture : lésion osseuse consistant en une rupture complète ou incomplète avec ou sans déplacement des fragments.

Est considéré comme fracture au sens de la garantie :

- la fracture multi-fragmentaire correspondant à une lésion osseuse ayant plusieurs sièges sur un même os, à l'exclusion des tassements vertébraux ;
- la fracture ouverte correspondant à une lésion osseuse dont le foyer communique avec l'extérieur.

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 la réalisation d'un acte d'obstétrique, y compris d'une nouvelle maladie pandémique (exemple du Covid-19).

Licence sportive : la licence sportive est délivrée par une fédération sportive agréée par l'État français ou en son nom. Elle permet la pratique sportive et la participation aux compétitions, et le cas échéant (selon les statuts de la fédération) la participation au fonctionnement de la fédération.

Luxation : une luxation est un déplacement permanent de deux surfaces articulaires qui ont perdu plus ou moins complètement les rapports qu'elles affectent normalement l'une avec l'autre.

Maladies graves

Sont considérées comme maladies graves :

- **infarctus du myocarde :** il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques ;
- **coronaropathie :** sont prises en considération, les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale à « cœur ouvert » avec au moins un double pontage coronarien ;
- **accident vasculaire cérébral :** l'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de quinze (15) jours ;
- **cancer :** toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus. La preuve indiscutable d'un tel phénomène ou l'examen anatomopathologique d'une tumeur maligne doit être fourni. Sont également couverts les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin ;
- **insuffisance rénale :** il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant pour l'assuré la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou une hémodialyse ;
- **greffe d'organe :** sont retenues les greffes d'organes suivantes : la greffe du cœur, du cœur et des poumons, celle du foie, du pancréas ou du rein. La greffe de la moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe.

Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie grave ou la greffe d'organe a fait l'objet d'un premier diagnostic pendant la période de garantie du contrat, c'est-à-dire la constatation clinique et paraclinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

Nous : désigne l'assureur mentionné aux dispositions personnelles.

Nullité : c'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Pandémie : on parle de pandémie en cas de propagation mondiale d'une nouvelle maladie, reconnue par l'OMS.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : lorsque l'assuré est reconnu définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Réanimation : traitement et suivi de l'état de santé de l'assuré au sein d'un service de soins intensifs / soins critiques de l'établissement hospitalier dans lequel il a été admis.

Résiliation : c'est la cessation des effets du contrat.

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

Vous : désigne le souscripteur ou l'assuré.

Chapitre 2 – Présentation de votre contrat

2.1 Informations précontractuelles et contrat

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 des contrats, la langue française.

2.2. Objet de votre contrat

Le contrat SwissLife Confort Santé a pour objet de vous garantir le versement d'un montant forfaitaire en euros en cas de survenance pendant la période de garantie d'un événement couvert par le contrat. Les prestations sont versées dans les limites et conditions prévues aux dispositions personnelles.

2.3 Étendue territoriale

La garantie s'exerce pour les événements survenus sur le territoire français.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.

Le contrat d'assurance Swiss Life étant un contrat nécessairement complémentaire au régime obligatoire français, il n'a pas lieu d'intervenir pour le remboursement de frais de soins programmés à l'étranger et non pris en charge par le régime obligatoire, et plus généralement pour tous les soins réalisés ainsi que les produits et prestations dispensés à l'étranger pour lesquels la Sécurité sociale n'intervient pas.

Chapitre 3 – Les garanties

3.1 Parer aux aléas de la vie

	Capital brûlure accidentelle	Capital fracture accidentelle	Capital perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) accidentelle	Aide aux frais d'obsèques suite à décès accidentel	Capital maladie grave
Objet de la garantie	Le versement à l'assuré d'un capital en cas de brûlure de 3 ^e degré sur plus de 10 % (dix pour cent) de la surface, de fracture ouverte ou multi-fragmentaire ou de PTIA consécutive à un accident garanti et survenu au cours de la période garantie.			Le versement d'un forfait « aide aux frais d'obsèques » en cas de décès d'un assuré résultant des suites d'un accident et survenu au cours de la période de garantie.	Le versement d'un capital en cas de diagnostic de l'une des cinq maladies graves (infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale) ou de greffes d'organe et dont la date de l'évènement garanti est survenue au cours de la période de garantie. Les maladies graves et greffes garanties sont définies au chapitre 1.
Montant de la garantie	Le montant du capital /de l'aide est indiqué aux dispositions personnelles. Il est choisi par le souscripteur lors de la souscription au contrat et peut-être modifié pendant la vie du contrat, conformément à l'article 3.5.				
	Le capital est versé pour un événement par an et par assuré.	Le versement du capital à l'assuré met fin à la garantie capital PTIA accidentelle de l'assuré. Le capital PTIA est payé une seule fois lors de la consolidation de l'état médical de l'assuré et pour toute la vie du contrat.			Le capital maladie grave est payé une seule fois par maladie grave de l'assuré et pour toute la vie du contrat.
Entrée en vigueur	La garantie entre en vigueur dès la prise d'effet du contrat applicable à chaque assuré telle que précisée dans les dispositions personnelles ou l'avenant.				La garantie entre en vigueur après un délai de carence de douze (12) mois à compter de la prise d'effet du contrat applicable à chaque assurée telle que précisée dans les dispositions personnelles.
Cessation des garanties	Les garanties cessent pour chaque assuré, à la date de cessation de l'affiliation de l'assuré ou à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 4.4.				
Date de l'événement garanti	La date de l'accident provoquant la brûlure.	La date de l'accident provoquant la fracture.	La date de consolidation de la PTIA.	La date du décès.	La date du diagnostic de l'une des cinq maladies graves garanties ou la date de la réalisation de la greffe.
Pièces à fournir pour le versement de la prestation	Le compte rendu médical constatant le degré de gravité de la ou des brûlure(s), le pourcentage de la surface du corps atteinte par la (les) brûlure(s) ainsi que les parties du corps atteintes par ces brûlures.	Le compte rendu radiologique constatant la ou les fracture(s).	Un rapport médical indiquant la nature de l'évènement accidentel et la notification de la consolidation de la PTIA.	Un extrait d'acte de décès, un certificat du médecin ayant constaté le décès, un certificat post mortem et toute pièce médicale utile à fournir par les bénéficiaires, une copie du rapport de police ou de gendarmerie ou tout autre document justifiant que le décès résulte d'un accident, la facture des frais d'obsèques ainsi qu'une pièce établissant la qualité du bénéficiaire : une copie du livret de famille, de la carte d'identité, du passeport ou toute autre pièce que l'assureur estimera nécessaire.	Un certificat médical établi par un médecin spécialiste posant le diagnostic précis et détaillé de la maladie, décrivant son historique et mentionnant la date des premiers symptômes.
	Ces documents doivent être adressés à l'attention du médecin-conseil de SwissLife – Swiss Life CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9 dans un délai de trois (3) mois suivant la date de évènement garanti.				

Chaque événement visé ci-dessus s'entend comme le sinistre mettant en jeu la garantie ainsi que ses suites, conséquences et récidives.

Toute prescription doit être réalisée par un spécialiste ou tout professionnel de santé habilité à prescrire le dispositif médical délivré.
L'assureur se laisse le droit de demander à l'adhérent toutes pièces complémentaires nécessaires à l'établissement de la véracité du sinistre (cf. 7.5 contrôle et vérification des prestations).

Exclusions et limites de garanties

En plus des exclusions communes prévues au chapitre 5, sont exclus du bénéfice de la garantie :

- pour la garantie capital brûlure accidentelle : les brûlures de 3^e degré dues à une exposition au soleil ou à l'utilisation d'un appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- pour la garantie capital fracture accidentelle : les luxations.

3.2 Financer le confort en cas de coup dur

Objet des garanties

La garantie prévoit, en cas d'hospitalisation d'un assuré survenue au cours de la période garantie :

- le versement d'un montant forfaitaire par jour d'hospitalisation d'un assuré, y compris en cas de risque pandémique ;
- le versement d'un montant forfaitaire en cas d'intervention chirurgicale, d'anesthésie, de réanimation ou d'acte d'obstétrique, effectuée au cours d'un séjour hospitalier garanti, y compris en cas de risque pandémique.

Pour tout séjour hospitalier garanti, l'acte chirurgical le plus important sera retenu pour le versement de la prestation. Pour les séries d'actes, la valeur des actes n'est pas additionnée.

Pour apprécier la valeur de l'acte, l'assureur se conforme à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Montant des garanties

L'assureur garantit le paiement des montants forfaitaires indiqués aux dispositions personnelles.

Entrée en vigueur des garanties hospitalisation et interventions chirurgicales

Les garanties entrent en vigueur pour chaque assuré après un délai d'attente de trois (3) mois à compter de la date de prise d'effet du contrat applicable à chaque assuré telle que précisée dans les dispositions personnelles. Le délai d'attente ne s'applique pas si l'hospitalisation résulte d'un accident. La preuve de l'accident reste à la charge de l'assuré.

Exclusions

En plus des exclusions communes prévues au chapitre 5, sont exclues du bénéfice de la garantie les hospitalisations de durée inférieure à vingt-quatre (24) heures.

Versement de la prestation

L'assuré doit envoyer à l'assureur les originaux des factures de l'établissement hospitalier, et l'original du décompte de la Sécurité sociale française, les notes d'honoraires de chirurgiens, la facture de l'anesthésie, de l'anesthésiste-réanimateur ou la facture de l'obstétricien. Les documents doivent être adressés par courrier à l'attention de SwissLife Prévoyance et Santé – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9 ou en se connectant à votre *Espace Client MySwissLife*.

Toute prescription doit être réalisée par un spécialiste ou tout professionnel de santé habilité à prescrire le dispositif médical délivré.

L'assureur se laisse le droit de demander à l'adhérent toutes pièces complémentaires nécessaires à l'établissement de la véracité du sinistre (cf. 7.5 contrôle et vérification des prestations).

3.3 Prévenir pour maîtriser mon bien-être

La garantie a pour objet de financer certaines actions de bien-être de l'assuré, par le versement d'un forfait dans les conditions, et limites définies aux dispositions personnelles.

L'automédication

Définition de la garantie

La garantie prévoit la prise en charge de médicaments vendus en officine (hors vente via Internet) et en accès direct autorisé bénéficient d'un taux de TVA inférieur à 20 % et qui figurent dans la liste des médicaments de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) pouvant être présentés en accès direct dans les pharmacies. Le médicament doit figurer dans la liste en vigueur lors de la demande de prise en charge. Cette liste se retrouve sur le site internet de l'ANSM.

Attention : la pratique de l'automédication passe par le respect des règles de la notice d'utilisation du médicament afin d'éviter de mettre votre santé en danger. Au moindre doute, contactez votre médecin et demandez conseil à votre pharmacien, notamment en fonction de vos antécédents et vos traitements médicaux en cours.

Entrée en vigueur de la garantie

La garantie entre en vigueur dès la prise d'effet du contrat applicable à chaque assuré telle que précisée dans les dispositions personnelles ou l'avenant.

Versement de la prestation

L'assuré doit envoyer à l'assureur la facture commerciale acquittée précisant la date de l'achat, le taux de TVA et le code identifiant de présentation applicable à chaque produit. La prestation est versée par facture présentée et par jour.

Les documents doivent être adressés par courrier à l'attention de SwissLife Prévoyance et Santé – CS 50003 – 59897 Lille Cedex ou en vous connectant à votre *Espace Client MySwissLife*.

L'aide à la pratique du sport

Objet et contenu de la garantie

La garantie prévoit un dispositif d'aide à la pratique d'une activité physique ou sportive à travers le financement de tout ou partie :

- d'une licence sportive délivrée par une fédération française agréée par le ministère des Sports ;
- ou d'un abonnement d'au moins un (1) mois à un club de sport déclaré auprès de la Direction départementale de jeunesse et des sports ou une association sportive immatriculée au répertoire national des entreprises et des établissements (Siren) pour la pratique du fitness, de la danse, du cyclisme ou de la course à pied. Chaque assuré pourra bénéficier d'une prise en charge, dans la limite des montants indiqués aux dispositions personnelles et sous réserve de respecter les conditions du versement de la garantie.

Les garanties s'exercent pour les licences, abonnements ou adhésions dont la date est comprise entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation.

Le versement de l'indemnité dépend de la formule de garantie choisie et indiquée aux dispositions personnelles.

Entrée en vigueur de la garantie

La garantie entre en vigueur dès la prise d'effet du contrat applicable à chaque assuré telle que précisée dans les dispositions personnelles ou l'avenant.

Versement de la prestation

L'assuré doit envoyer à l'assureur le justificatif « demande de participation à une pratique sportive » pour tout abonnement d'au moins un (1) mois (retrouvez ce document en vous connectant à votre *Espace Client MySwissLife*) ou la copie de la licence (nominative).

Les documents doivent être adressés par courrier à l'attention de SwissLife Prévoyance et Santé – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9 ou en vous connectant à votre *Espace Client MySwissLife*.

L'aide à la reprise d'une activité sportive adaptée

Objet et contenu de la garantie

La garantie prévoit la prise en charge d'un programme d'activités physiques adaptées au travers de cours sportifs individuels et collectifs réalisés dans le cadre d'un partenariat avec Swiss Life.

Chaque assuré pourra ainsi bénéficier d'une seule prise en charge par an à hauteur du programme choisi par l'assuré parmi ceux proposés dans le cadre du partenariat.

Entrée en vigueur de la garantie

La garantie entre en vigueur dès la prise d'effet du contrat applicable à chaque assuré telle que précisée dans les dispositions personnelles ou l'avenant.

Versement

L'assuré réalise une demande de prestation en envoyant à l'assureur le formulaire « Aide à la reprise du sport » (retrouvez ce formulaire en vous connectant à votre *Espace Client MySwissLife*).

3.4 Financer le bien-être pour vivre mieux et vivre ensemble

L'objet de la garantie

Le versement d'un montant forfaitaire en euros dans les cas suivants :

- le financement des dépenses engendrées pour la consultation d'un médecin spécialiste dans les limites et conditions prévues aux dispositions personnelles et dont la date de l'événement garanti est survenue au cours de la période garantie ;
- le financement des dépenses de médecine douce (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie, pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin) dans les limites et conditions prévues aux dispositions personnelles et dont la date de l'événement garanti est survenue au cours de la période garantie. Les professionnels de santé mentionnés ci-dessus doivent figurer aux répertoires nationaux RPPS ou Adeli ;
- le financement des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale (implants dentaires et chirurgie réfractive) ainsi que les dépenses de confort réalisées au cours de la période garantie et liées à :
 - l'acquisition d'une monture optique prescrite ;
 - ou d'un équipement d'audioprothèse prescrit par un oto-rhino-laryngologue.

Entrée en vigueur de la garantie

La garantie entre en vigueur après un **délai d'attente de 3 mois** à compter de la prise d'effet du contrat applicable à chaque assuré et telle que précisée dans les dispositions personnelles ou l'avenant sauf en cas d'accident. Aucun délai d'attente ne s'applique pour les dépenses de médecine douce.

Date de l'événement garanti

La date de l'événement garanti est la date de :

- la consultation pour le financement des dépenses engendrées pour la consultation d'un médecin spécialiste ;
- la consultation de médecine douce pour le financement des dépenses de médecine douce ;
- la pose de l'implant dentaire, la prescription de l'équipement optique, la prescription de l'appareil auditif et la date de l'opération des yeux pour le financement des dépenses de confort.

Montant de la garantie

Le montant de la garantie est indiqué aux dispositions personnelles. Il est choisi par le souscripteur lors de la souscription au contrat et peut-être modifié pendant la vie du contrat, conformément à l'article 3.5.

Cessation de la garantie

Les garanties cessent pour chaque assuré, à la date de cessation de la souscription ou affiliation de l'assuré ou à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 4.4.

Versement de la prestation

L'assuré doit fournir à l'assureur :

- pour le financement des dépenses engendrées pour la consultation d'un médecin spécialiste : le décompte des prestations des régimes obligatoires français ;
- pour le financement des dépenses de médecine douce : les notes d'honoraires et autres factures acquittées sur papier entête ou avec tampon (précisant la date de la séance et l'identifiant RPPS ou ADEL du professionnel de santé) ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin ;
- en cas de pose d'un implant dentaire : la facture détaillée établie par le dentiste ;
- en cas de défaut visuel ayant donné lieu à la prescription d'une monture optique : la facture détaillée établie par l'opticien ;
- en cas de défaut auditif ayant donné lieu à la prescription d'un appareil auditif : la facture nominative acquittée ;
- en cas de chirurgie réfractive : la facture nominative acquittée.

Toute prescription doit être réalisée par un spécialiste ou tout professionnel de santé habilité à prescrire le dispositif médical délivré.

L'assureur se laisse le droit de demander à l'adhérent toutes pièces complémentaires nécessaires à l'établissement de la véracité du sinistre (cf. 7.5 contrôle et vérification des prestations).

Les documents doivent être adressés par courrier à l'attention de SwissLife Prévoyance et Santé – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9 ou en vous connectant à votre *Espace Client MySwissLife*.

Dans certains cas, la prestation pourra être délivrée automatiquement si l'assuré est couvert auprès de Swiss Life pour un contrat frais de santé.

Conformément à l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, l'assureur est tenu de rappeler expressément les termes suivants de l'article 9 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret précité : « *Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.* »

3.5 Modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'à l'échéance principale du contrat et après douze (12) mois de vie du contrat ou de la dernière modification du niveau de garanties sous réserve d'acceptation par l'assureur. Un avenant marquera l'accord de l'assureur.

Chapitre 4 – Fonctionnement de votre contrat

4.1 Qui peut être assuré ?

Le contrat est réservé aux personnes physiques âgées de 0 à 70 ans couverts par un régime obligatoire de Sécurité sociale française.

Les personnes assurées seront désignées par les dispositions personnelles.

4.2. Vos déclarations

Formalités de souscription

Le souscripteur doit remplir, dater et signer une demande de souscription comportant les garanties choisies et des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer. Les membres d'une même famille doivent être couverts par le même niveau de garanties.

Aucun questionnaire médical n'est à compléter.

Déclaration du risque

À la souscription

- Le contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation est fixée en conséquence.
- Vous devez répondre à la souscription avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la demande de souscription.

En cours de contrat

Vous devez nous déclarer :

- les événements susceptibles de déclencher la garantie « Parer aux aléas de la vie » prévue par le contrat et dans le délai imparti.

Si l'assuré ne respecte pas cette obligation précédemment énoncée, nous pouvons refuser notre prestation.

- l'ajout ou la suppression d'assurés. L'ajout ou la sortie d'un assuré au contrat ne pourra se faire qu'à l'échéance principale du contrat sauf dans les cas suivants : naissance, mariage, divorce, décès, et dans les 6 mois qui suivent cet événement au plus tard ;
- toute modification des éléments renseignés dans la demande de souscription ;
- la cessation d'affiliation d'un des assurés à un régime obligatoire de Sécurité sociale française ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressés 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 quinze (15) jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

Conséquences de la fausse déclaration

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

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

En cas de déclaration frauduleuse, l'assureur n'est redevable d'aucune prestation, même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou une fausse déclaration à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'assureur.

En cas de versement indu de prestations (doublons, erreur de destinataire...) le gestionnaire du contrat en demandera le remboursement. Il pourra également, sans que l'assuré puisse s'y opposer, procéder par retenue sur les prestations à venir.

4.3. Conclusion du contrat, date d'effet et durée

4.3.1. Conclusion du contrat

Le contrat est conclu par l'accord entre le souscripteur et l'assureur. La date de conclusion du contrat est celle des dispositions personnelles qui sont transmises au souscripteur. Si le souscripteur / l'adhérent réside hors de France, l'assureur se réserve le droit de refuser la souscription / l'adhésion du contrat si l'assureur ne dispose pas du droit d'exercer une activité d'assurance dans le pays de résidence.

Les mêmes règles sont appliquées en cas de changement de pays de résidence en cours de vie du contrat. Dans ce cas, l'assureur se réserve le droit de mettre un terme au contrat.

4.3.2. Durée

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

4.4 Résiliation du contrat

4.4.1 Résiliation par le souscripteur

Le contrat peut être résilié :

- à la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de deux mois ;
 - le souscripteur a également la possibilité de mettre un terme à son contrat SwissLife Confort Santé à tout moment, après douze mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire.
- La résiliation prendra effet un mois après réception de la demande résiliation par l'assureur. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation du contrat ;
- en cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les trente jours suivants la date de notification de cette modification. L'ajustement, à l'échéance principale, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour le souscripteur.

Modalités

Le souscripteur peut résilier son contrat par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique afin de conserver une preuve de sa demande, ou par tout autre moyen visé à l'article L. 113-14 du Code des assurances.

Adresse postale

Swiss Life – Service clients – CS 50003 – 59 897 Lille Cedex 9.

Adresse courrier électronique

monservicclient@swisslife.fr, en précisant en objet de l'e-mail « RIA + votre numéro de contrat ».

4.4.2 Résiliation par l'assureur

Le contrat peut être résilié en cas de :

- non-paiement des cotisations en application de l'article L. 113-3 du Code des assurances ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours du contrat (non lié à l'état de santé), si l'assuré n'accepte pas le tarif proposé ;

• fraude ou de tentative de fraude de l'adhérent ou de l'un de ses bénéficiaires, notamment lorsque l'un de ces derniers fournit ou utilise sciemment des documents ou des renseignements falsifiés, inexacts ou fabriqués (fausses factures, prestations non facturées ou non réalisées...) ou a recours à tout autre moyen frauduleux en vue d'obtenir le versement de prestations, l'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge du sinistre, de demander le remboursement des sommes indûment versées ainsi que de résilier l'adhésion ;

- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (article L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L. 641-11-1 du Code de commerce) du souscripteur / de l'adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes.

4.4.3 Résiliation de plein droit

Le contrat est résilié(e) de plein droit :

- en cas de retrait de l'agrément de l'assureur ;
- en cas de décès du souscripteur.

En cas de résiliation du contrat, les remboursements de l'assureur sont dus pour les soins et traitement reçus jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

4.5 Droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance et démarchage téléphonique

	Démarchage à domicile	Vente à distance
Définitions	« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »	« Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. »
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement à compter de sa conclusion à la demande expresse du souscripteur. La cotisation dont le souscripteur est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate 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.
Modalités et conditions de renonciation	Le souscripteur a la faculté de renoncer à sa souscription dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur les dispositions personnelles) ou à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles, si cette dernière date est postérieure à la première. Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception.	
Modèle de lettre de renonciation	Je soussigné (nom et prénom du souscripteur), demeurant à (domicile principal) déclare renoncer au contrat SwissLife Confort Santé n° (numéro de souscription) que j'ai signé le (date). (Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature)	
Perte de la faculté de renonciation	Si le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
Conséquences de la renonciation	• La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. • L'assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. • L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.	• Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la renonciation. • Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.
Articles	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances.
Consentement au démarchage	Conformément à la réglementation en vigueur sur le démarchage téléphonique, il est strictement interdit d'effectuer tout appel à des fins de prospection commerciale sans avoir recueilli au préalable le consentement du client (article L. 223-1 du Code de la consommation).	

Chapitre 5 – Les exclusions et limitations de garanties

5.1 Les exclusions communes à toutes les garanties

Tout événement survenant en dehors de la période de garantie et a fortiori pendant le délai d'attente ne sera jamais garanti.

- Ne seront pas garantis les événements ainsi que leurs suites, conséquences et récidives résultant :
 - d'un acte intentionnel ou dolosif de l'assuré, ainsi que ses conséquences, ayant causé et / ou susceptible de causer un dommage à un tiers. Le tiers visé ci-avant s'entend comme toute personne physique ou morale, en ceux y compris toute autorité chargée du maintien de l'ordre et de la sécurité ou les établissements publics ;
 - de l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ou de substances illicites ;
 - de l'alcoolisme, de la démence ;
 - de la guerre étrangère, de la guerre civile, de participation active ou de complicité à tout acte de terrorisme ou attentat, de rixes, d'émeutes ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu ;
 - de cataclysmes ;
 - de la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.
- La tentative de suicide de l'assuré.

- 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, de sommeil ou d'amaigrissement ainsi que leurs suites.
- Les traitements par psychanalyse.
- Les frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérisme, home d'enfants.

5.2 Les exclusions pour les garanties « parer aux aléas de la vie » venant en supplément des exclusions de l'article 5.1

- La conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévue par la réglementation française en vigueur.
- La conduite de tout engin par l'assuré s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur.

À ces exclusions, s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau des garanties.

Chapitre 6 – Les cotisations

6.1 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 la souscription et du lieu du domicile du souscripteur.

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

- de 3 % jusqu'à l'âge de 60 ans ;
- de 4 % de 61 à 75 ans ;
- de 5 % à partir de 76 ans.

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

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

6.2 Variation des cotisations

- Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications de l'environnement ou de la réglementation liée à une garantie 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 du contrat.
- Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

6.3 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 du contrat.

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier le contrat conformément à l'article 4.4 « Résiliation du contrat ».

6.4. Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 4.4 « Résiliation du contrat » en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

6.5. Gratuité 3^e enfant

Lorsque trois (3) enfants ou plus, âgé de moins de 20 ans révolus sont assurés au contrat, le troisième enfant et les suivants bénéficient d'une gratuité de leur cotisation. Cet avantage est revu chaque année d'assurance en fonction de l'âge des enfants.

L'âge des enfants est déterminé par rapport à l'échéance principale du contrat.

Chapitre 7 – Les autres dispositions

7.1 Litiges, réclamations et médiation

Quelle procédure devez-vous observer en cas de litige ou réclamation ?

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 (intermédiaire commercial ou service clients).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations : SwissLife Prévoyance et Santé – Service réclamations – TSA 36003 – 59781 Lille Cedex.

En dernier recours : la Médiation de l'Assurance

La Médiation de l'Assurance peut également être saisie, après l'écoulement d'un délai de 2 mois qui suit l'envoi de votre première réclamation, en remplissant le formulaire accessible depuis le site <https://www.mediation-assurance.org>, ou à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

7.2 Données à caractère personnel

Dans le cadre de nos relations, vos données personnelles peuvent être utilisées pour répondre à différentes finalités, compatibles avec nos missions. Les données collectées ne font l'objet d'aucun traitement ultérieur incompatible avec les finalités initiales de collecte. Les objectifs poursuivis par la collecte de vos données et les fondements juridiques des traitements de vos données personnelles sont les suivants :

Finalité : passation, gestion, exécution des contrats d'assurance	Bases légales des traitements
- Étude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés. - Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque. - Exécution des garanties des contrats. - Gestion des contrats et gestion des clients. - Exercice des recours. - Gestion des réclamations et des contentieux.	Exécution du contrat
Exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, à l'identification des bénéficiaires de contrats en déshérence...).	Respect d'obligations légales
- L'élaboration de statistiques et études actuarielles. - La lutte contre la fraude fiscale ou la fraude à l'assurance ; les dispositifs mis en œuvre peuvent notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Les traitements couvrent l'analyse et la détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence, ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance, la gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements, la constitution de listes de personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs de fraudes, la gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude, l'exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude. - La mise en place d'actions de prévention, notamment en vue de réduire les risques et les sinistres de notre clientèle. - La conduite d'activités de recherche et développement, notamment en vue de l'amélioration des produits et services aux clients, ou de l'amélioration des process de gestion des contrats d'assurance. - Les opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service, notamment par la réalisation de programmes de fidélité, jeux concours, enquêtes de satisfaction, ou encore par l'analyse de nos échanges (courriers, e-mails, téléphoniques) - La gestion de clients intra-groupe, de manière notamment à répondre à une prise en compte globale des besoins de notre clientèle en proposant des couvertures d'assurance, de banque ou de services émanant de différentes entités du groupe Swiss Life - La mise en œuvre de dispositifs de sécurisation des données et des systèmes informatiques ou de communications électroniques, ou de dispositifs de sécurisation des actions et opérations notamment passées en ligne (gestion des accès et authentification multifacteurs, logs et traces de connexion ou des actions / opérations en ligne, détection de comportements inhabituels...)	Intérêt légitime
Finalité : prospection commerciale	Bases légales des traitements
- La réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects (sélection des personnes, sondages, test produits ou services, parrainages, jeux concours, opérations techniques tels enrichissement, normalisation...) - L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects, dans le respect des réglementations applicables - La gestion des listes d'opposition à la réception de messages de prospection commerciale	Intérêt légitime ou consentement
<i>Prospection par e-mail, SMS / MMS à destination d'un particulier non-client</i> : les traitements mis en œuvre ont pour fondement légal le recueil du consentement explicite des prospects. <i>Prospection commerciale à destination des clients, des professionnels et prospection par voie postale / téléphonique</i> : les traitements de données mis en œuvre ont pour fondement légal les intérêts légitimes des responsables de traitement.	Cf. ci-contre
Enregistrements téléphoniques	Bases légales des traitements
Swiss Life met en œuvre des dispositifs d'écoutes ou enregistrements des conversations téléphoniques pour différents objectifs. - Certains dispositifs nous permettent d'améliorer en permanence notre qualité de service et la satisfaction de nos interlocuteurs, de former et d'évaluer nos téléconseillers. Ces enregistrements sont ponctuels, peuvent concerner les appels entrants ou sortants, et sont conservés pour une durée de 6 mois maximum. Dans les limites de leurs attributions, pourront être destinataires des enregistrements les téléconseillers et personnes en charge de leur formation / évaluation, nos prestataires de services (centres d'appels et fournisseurs des dispositifs techniques d'enregistrements), les services chargés de l'amélioration de la qualité de services et des offres et de la satisfaction clients, les services d'audit et de conformité. Vous pouvez vous opposer à ces enregistrements en le signalant à votre téléconseiller. Vous pouvez également exercer vos droits (droit d'accès, d'effacement...) selon les modalités précisées à la rubrique « Droits sur vos données ». - D'autres dispositifs d'enregistrement des conversations peuvent être réalisés par nos réseaux de distribution pour répondre à leurs obligations légales en matière de démarchage téléphonique et de vente par téléphone de produits ou services d'assurance (loi du 8 avril 2021 relative à la réforme du courtage en assurance, et décret d'application du 17 janvier 2022), ou de preuves des opérations passées par téléphone. Ces enregistrements sont conservés 2 ans en cas de conclusion d'un contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, ils seront effacés sans délai si vous vous opposez à la poursuite de la conversation téléphonique, ou sous 1 mois maximum en cas de refus de la proposition commerciale qui vous sera faite. Ces enregistrements sont exclusivement destinés aux autorités en charge de la vérification du respect de nos obligations légales (ACPR et DGCCRF), et à nos services en charge de l'audit et du contrôle, ou en charge de la gestion des réclamations ou contentieux. Vous pouvez obtenir une copie de ces enregistrements selon les modalités précisées à la rubrique « Droits sur vos données ».	Intérêt légitime
	Obligation légale

Durées de conservation des données personnelles

En cas de conclusion d'un contrat d'assurance, nous conservons les données recueillies pour la gestion et l'exécution des contrats durant toute notre relation, et jusqu'à expiration des différents délais légaux de prescription (exemples : 5 ans pour les obligations relatives à la lutte contre le blanchiment, 10 ans pour répondre aux prescriptions comptables, et jusqu'à 30 ans pour certains contrats, notamment les prescriptions en assurance vie).

En cas de non-conclusion d'un contrat d'assurance (exemples : contrat sans effet, rétractation clients), les données (dont les données de santé s'il y a lieu) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du prospect.

Pour la lutte contre la fraude :

- en cas d'alerte non pertinente, les données sont supprimées dans un délai de 6 mois maximum ;
- en cas d'alerte pertinente, les données sont conservées 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et expiration des prescriptions applicables. Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés seront désinscrites passé le délai de 5 ans à compter de l'inscription sur cette liste.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

Les informations recueillies dans le cadre d'enquêtes de satisfaction sont conservées pour une durée maximale de 3 ans à compter de leur collecte.

En cas d'exercice d'un droit sur vos données personnelles, les données sont conservées 5 ans à compter de la clôture des demandes.

Concernant l'enregistrement des conversations téléphoniques (voir ci-dessus rubrique « Enregistrement des conversations téléphoniques »).

Destinataires des données personnelles

Les données personnelles sont destinées, dans la limite de leurs attributions :

- aux services des responsables de traitements en charge des relations commerciales et de la gestion des contrats ;
- aux entités bancaires et financières du groupe Swiss Life (SwissLife Banque Privée, SwissLife Gestion Privée, SwissLife Gestion de Fortune) aux fins d'offrir un conseil et une offre globale adaptés à chaque situation (assurance, banque et gestion privée), et pouvoir bénéficier de services spécifiques dans les espaces personnels en ligne (exemples : visibilité des contrats d'assurance et produits bancaires ou financiers souscrits, réalisation d'opérations en ligne pour vos contrats d'assurance et bancaires...) ;
- d'autres entités du groupe Swiss Life (y compris notre maison mère en Suisse) dès lors que leurs missions le justifient, et notamment pour répondre à nos obligations légales et réglementaires, à des fins de reporting, de lutte contre les fraudes, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle, ou encore pour l'amélioration de la fiabilisation de certaines données, pour faciliter la conclusion ou l'exécution d'un contrat souscrit auprès d'une entité du groupe Swiss Life en transmettant des données que nous détenons afin de limiter les démarches, ou pour la mise en œuvre de moyens informatiques ou de communication ;
- certaines informations peuvent être communiquées à nos apporteurs et réseaux de distribution (courtiers, mandataires, agents généraux...) agissant en point de contact pour le conseil et l'accompagnement des clients sur leurs contrats, garanties et prestations ;
- certaines informations peuvent également être communiquées, dès lors que cela est nécessaire, à nos réassureurs, assistants ou sous-traitants, ou à d'autres sociétés d'assurance si intéressées ou impliquées dans la gestion d'un contrat (par exemple, en cas de sinistre ou de fraude à l'assurance ou pour l'indemnisation de tiers victimes). Des données pourront également être échangées avec l'AGIS (association souscriptrice de certains contrats d'assurance) si nécessaire, ou encore avec des agrégateurs de comptes (assurance et banque), prestataires de services de paiement ou de signature électroniques ;
- certaines données peuvent également être transmises aux organismes susceptibles d'intervenir dans l'activité d'assurance, tels des organismes publics habilités (organismes de sécurité sociale ou de retraite, administration fiscale, autorités de tutelle, Caisse des dépôts et consignations...), ainsi qu'à des organismes professionnels s'il y a lieu (notamment à l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance ou à l'Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, juridictions s'il y a lieu, ainsi qu'aux médecins-conseils et personnel spécifiquement habilité au traitement des données médicales.

Les données sont traitées et hébergées par Swiss Life principalement en France ou au sein de l'Union européenne ou de l'espace économique européen (notamment en Suisse). Si des données personnelles doivent faire l'objet de transferts vers un pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), Swiss Life prend toutes les garanties appropriées pour encadrer ces transferts (exemples : clauses contractuelles types de la Commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées pour garantir la confidentialité et la sécurité de vos données,

ainsi que l'effectivité de vos droits.

Certaines données personnelles peuvent également être transmises hors de l'UE dans le cadre de l'exécution des contrats d'assurance si la situation le justifie (exemple : bénéficiaire des garanties situé dans un pays tiers). Ces transferts sont réalisés dans les conditions prévues par le RGPD, notamment les dispositions de l'article 49 autorisant les transferts nécessaires à l'exécution des contrats.

Droits sur vos données

Vous disposez de droits sur ces données :

- **droit d'accès** : vous pouvez obtenir des informations concernant le traitement de vos données ainsi qu'une copie de ces données ;
- **droit de rectification** : si vous estimez que vos données personnelles sont inexactes ou incomplètes, vous pouvez demander que ces données soient modifiées en conséquence ;
- **droit d'opposition** au traitement des données à caractère personnel pour des motifs légitimes, ou droit d'opposition sans motif concernant l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale ;
- **droit à la limitation** des données à caractère personnel ;
- **droit à l'effacement des données** : vous pouvez demander l'effacement de vos données personnelles sous réserve de l'application de votre contrat ;
- **droit à la portabilité d'une partie de vos données** : vous pouvez demander que les données personnelles que vous nous avez fournies vous soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, transférées à un tiers ;
- **droit de retirer à tout moment votre consentement** si une autorisation spéciale et expresse a été donnée pour l'utilisation de certaines de ces données ;
- **droit de définir des directives** relatives au sort des données à caractère personnel après votre décès ;
- **prise de décision automatisée et intelligence artificielle** : si vos données à caractère personnel sont utilisées dans le cadre d'une prise de décision automatisée, les informations utiles à la compréhension de l'algorithme employé, à sa logique sous-jacente et les conséquences d'une telle prise de décision vous seront communiquées. Vous aurez également la possibilité de contacter nos services afin d'apporter toute précision utile et, le cas échéant, de contester la décision.

Pour exercer vos droits ou pour toutes questions sur l'utilisation de vos données personnelles, contactez notre délégué à la protection des données : DPO Swiss Life – 1, rue Bellini, 92800 Puteaux, ou par e-mail à dposwisslife@swisslife.fr.

Vous pouvez également, en cas de réclamation, choisir de saisir la CNIL (<https://www.cnil.fr/>). Nous vous encourageons à contacter le délégué à la protection des données pour toute problématique relative à vos données personnelles.

En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez adresser votre demande à : Médecin-conseil – Swiss Life – 1, rue Bellini, 92800 Puteaux.

Dans votre espace personnel en ligne, vous pouvez également gérer vos préférences en matière de prospection commerciale, actualiser certaines données et accéder aux éléments relatifs à vos contrats.

Concernant la prospection commerciale, vous pouvez également vous opposer à la réception des messages à partir du lien de désabonnement prévu dans nos e-mails.

Concernant la lutte contre la fraude à l'assurance, les personnes sont également informées qu'ALFA (Agence de lutte contre la fraude à l'assurance) met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance automobile et des sinistres déclarés auprès des assureurs.

Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à : ALFA – 1, rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.

Concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, conformément au Code monétaire et financier.

Intelligence artificielle : un usage des données responsable et éthique

Dans le cadre de ses activités, le groupe Swiss Life peut être amené à recourir à des systèmes d'intelligence artificielle (SIA). Ces SIA peuvent concerner toutes personnes parties, intéressées ou intervenantes aux contrats d'assurances (exemples : prospects ou clients, ayants droit, bénéficiaires, réparateurs, professionnels de santé, autres tiers...). Les données utilisées peuvent être tout ou partie des données listées à la rubrique « Quelles données sont utilisées ? » de la politique de protection des données accessible en ligne, complétées, dans certains cas, de jeux de données provenant de sources publiquement et librement accessibles, dans les limites prévues par la réglementation (exemples : sites institutionnels, forums, réseaux sociaux professionnels, pages Internet ouvertes, plateforme de partage de contenus, pages de commentaires concernant Swiss Life...), ou de données transmises par nos partenaires ou fournisseurs de données ayant préalablement informé les personnes sur la réutilisation de leurs données par des tiers et dans les limites prévues par les textes.

Les systèmes d'intelligence artificielle mis en œuvre par le groupe Swiss Life France, répondent aux finalités et fondements légaux, à savoir la « passation, gestion et exécution des contrats d'assurance » (cf. 1), en cela compris à des fins de lutte contre les fraudes, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, pour l'examen,

l'acceptation, le contrôle et la surveillance des risques ou encore à des fins d'amélioration de la qualité de service aux personnes) et la « prospection commerciale » (cf. 2). Aucun usage de vos données n'est réalisé pour des finalités ultérieures incompatibles avec les finalités initiales de collecte de vos données précisées ci-dessus (étant précisé que sont considérés comme usages compatibles l'utilisation des données personnelles à des fins de développement, d'apprentissage ou d'amélioration de modèles d'IA).

Pour garantir à tous la confiance attendue en cas d'utilisation d'algorithmes et de systèmes d'intelligence artificielle, et conformément au règlement européen 2024/1689 du 13 juin 2024 sur l'intelligence artificielle (dit « RIA » ou « AI Act »), le groupe Swiss Life prend toutes les mesures nécessaires pour répondre aux exigences dudit règlement, pour évaluer les risques et limiter les impacts de l'utilisation de l'intelligence artificielle sur vos données, et veiller au respect des libertés et droits fondamentaux et principes éthiques (notamment respect de la vie privée et familiale, non-discrimination, diversité, protection de vos données personnelles).

Ainsi, une gouvernance dédiée à l'intelligence artificielle est mise en place, des analyses de risques sont réalisées pour chaque cas d'usage et des mesures techniques, organisationnelles ou juridiques sont prises en fonction de la nature des données utilisées et des impacts induits par chaque cas d'usage de l'intelligence artificielle. Tous nos collaborateurs sont régulièrement sensibilisés et responsabilisés quant à l'utilisation de l'intelligence artificielle, et tout recours à des outils d'intelligence artificielle grand public ou non sécurisés est proscrit. De plus, toute prise de décision ou tout contenu généré à partir d'un système d'intelligence artificielle fait l'objet d'une analyse humaine obligatoire et systématique avant utilisation.

Vos droits sur les données personnelles utilisées dans la mise en œuvre de SIA s'exercent dans les conditions précisées à la rubrique « Droits sur vos données » ci-dessus. La présente information générale concernant la mise en œuvre de systèmes d'intelligence artificielle par le groupe Swiss Life France pourra être complétée d'une information spécifique et individuelle conformément aux exigences du règlement dit « IA Act » (exemple : en cas d'interaction avec un SIA facilitant la recherche d'informations ou l'orientation de vos demandes en ligne). Par ailleurs, une mention spécifique informe également de tout contenu (textes, images, vidéos...) généré à l'aide d'un système d'intelligence artificielle.

7.3 L'autorité de contrôle

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance – 4, place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

7.4 La 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

7.5 Contrôle et vérification des prestations

Toute prescription ou délivrance de soins ou de dispositifs médicaux doit être réalisée par un professionnel de santé dûment habilité conformément à la réglementation en vigueur.

L'assureur se réserve le droit de demander à l'adhérent tout document ou justificatif complémentaire nécessaire à la vérification de la réalité, de la nature, du montant ou de la légitimité du sinistre déclaré. Cela peut inclure, sans que cette liste soit limitative, les prescriptions médicales, les devis ou factures détaillées, les justificatifs de paiement, les comptes rendus médicaux ou tout autre élément permettant d'apprécier le bien-fondé de la demande de remboursement.

En cas de doute sur la réalité ou la conformité d'un acte, d'un soin, d'une prestation ou d'une facturation émise par un professionnel de santé ou un distributeur de dispositifs médicaux (exemples : opticien, audioprothésiste, chirurgien-dentiste, etc.), l'assureur pourra exiger des pièces justificatives spécifiques.

À défaut de transmission des justificatifs demandés dans les délais impartis, ou en cas de constat d'anomalie ou de surfacturation manifeste, l'assureur se réserve le droit de refuser totalement ou partiellement le remboursement des prestations concernées.

7.6 La subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

7.7 Contrôle et expertise

Sauf cas de force majeure, l'assuré malade, accidenté ou ayant bénéficié de prestations effectuées doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. Nous pouvons effectuer, à tout moment, les contrôles que nous jugeons nécessaires afin de pouvoir constater la réalité de votre état.

La non-présentation de l'adhérent à l'expertise médicale diligentée par l'assureur entraîne sans délai la suspension du versement des prestations de l'assureur, ainsi que la suspension de toutes les garanties du contrat. Les garanties reprendront effet une fois que l'expertise médicale aura pu être réalisée.

Dans tous les cas, la période de suspension des garanties ne pourra jamais donner lieu à indemnisation.

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- **expertise contradictoire** : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;
- **compromis d'arbitrage** : si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

7.8 Dématérialisation des échanges

Dès lors que le souscripteur transmet à l'assureur une adresse de courrier électronique valide, l'assureur pourra délivrer toutes informations et, plus généralement, adresser toutes correspondances quelconques au souscripteur par voie électronique, à savoir, sur le site Internet ou par courrier électronique (e-mail).

Il appartient au souscripteur d'aviser immédiatement l'assureur de tout changement d'adresse e-mail.

Le souscripteur déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par l'assureur sur support électronique sur le site Internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par l'assureur.

Pour conserver un envoi postal, sans frais, le souscripteur pourra adresser sa demande par courrier, en indiquant son identifiant personnel ainsi que son adresse e-mail, à Swiss Life – Service support papier – 1, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 59671 Roubaix Cedex 1.

*Nous permettons à chacun de construire
son indépendance financière
pour vivre selon ses propres choix.*

Swiss Life Prévoyance et Santé

Siège social :

1, rue Bellini

92800 Puteaux

SA au capital social

de 150 000 000 €

entreprise régie par

le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre

SwissLife Assurance et Patrimoine

Siège social :

1, rue Bellini

92800 Puteaux

SA au capital social

de 169 036 086,38 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

341 785 632 RCS Nanterre

www.swisslife.fr