SwissLife

SwissLife Prévoyance Entreprises +

Dispositions générales du contrat santé

Le contrat SwissLife Prévoyance Entreprises +

Nous vous remercions d'avoir souscrit au contrat SwissLife Prévoyance Entreprises +, contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, spécifiquement conçu pour répondre aux attentes et aux besoins des petites et moyennes entreprises.

Ce contrat permet de renforcer la protection sociale des salariés de l'entreprise, en leur apportant des solutions innovantes et personnalisées en matière de couverture des besoins santé.

Avec SwissLife Prévoyance Entreprises +, l'entreprise compose la formule de garanties la mieux adaptée pour une protection optimale de ses collaborateurs.

Le présent contrat est constitué des documents suivants :

- le **document d'information normalisé** sur le produit d'assurance (fiche IPID) ;
- les **dispositions générales** qui définissent les conditions d'application du contrat et exposent l'ensemble des garanties proposées pouvant être souscrites. Elles indiquent la marche à suivre pour obtenir le paiement des prestations ;
- la **demande de souscription** de l'entreprise ;
- les **bulletins individuels d'adhésion** des membres du personnel à assurer ;
- les **dispositions particulières** qui précisent les différentes garanties choisies par l'entreprise et retenues par l'assureur, le montant des remboursements correspondants ainsi que la catégorie de personnel à assurer ;
- la **notice d'information**, rédigée par l'assureur, ainsi que le **certificat d'adhésion**, que l'entreprise doit remettre personnellement à chaque adhérent concerné par le contrat et qui lui précisent notamment l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites par l'entreprise et pour lesquelles il est assuré.

Qui est concerné par le contrat ?

- **L'entreprise contractante nommée ci-après « entreprise » :** il s'agit de la personne morale qui, au travers de son représentant légal dûment habilité, a souscrit le contrat au profit des membres de son personnel relevant de la catégorie de personnel mentionnée aux dispositions particulières.
- **L'adhérent :** il s'agit de tout membre du personnel de l'entreprise relevant à titre obligatoire de la catégorie objective de personnel à assurer au profit de laquelle est souscrit le contrat.
- **L'assureur :** désigne la société d'assurance qui garantit les risques souscrits.

Le contrat

Le contrat est conclu entre :

- **l'entreprise contractante**, désignée aux dispositions particulières ;
- et **l'assureur** mentionné ci-après :

SwissLife 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.

Le contrat est régi par le Code des assurances.

L'autorité de contrôle

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR – 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

Sommaire

Chapitre 1 *Quelques définitions pour mieux nous comprendre* 3

Chapitre 2 *L'exécution du contrat* 4
2.1 Cadre juridique : contrat « solidaire » et « responsable » 4
2.2 Objet du contrat 4
2.3 Dispositions relatives au contrat 5
2.4 Dispositions relatives aux adhérents 5

Chapitre 3 *Les garanties* 7
3.1 Nature et base des prestations 7
3.2 Contenu des garanties 7
3.3 Les services complémentaires 8
3.4 Étendue territoriale des garanties 8
3.5 Maintien des garanties santé 8
3.6 Règlement des prestations 9

Chapitre 4 *Les cotisations* 10
4.1 Assiette des cotisations 10
4.2 Modalités de calcul des cotisations 10
4.3 Évolution des cotisations 10
4.4 Paiement des cotisations 10
4.5 Non-paiement des cotisations 10

Chapitre 5 *Les autres dispositions* 10
5.1 Litiges, réclamations et médiation 10
5.2 Protection des données à caractère personnel 10
5.3 Prescription 11
5.4 Dématérialisation des échanges 12

Chapitre 1 – Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, l'assureur a défini certains termes fréquemment utilisés.

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

Adhérent (désigné également comme étant le « salarié ») : le membre du personnel qui, par son statut, est assuré pour les garanties souscrites par l'entreprise contractante dans le cadre du contrat. L'adhérent appartient à la catégorie de personnel à assurer de l'entreprise contractante au profit de laquelle cette dernière a souscrit le contrat.

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé.

Ayants droit : désigne sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat :
- le conjoint de l'adhérent bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale tel que défini dans la définition ci-dessous ;
- les enfants à la charge de l'adhérent ou de son conjoint tels que définis dans la définition ci-dessous.

Base de remboursement – BR : l'ensemble des tarifs de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

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

Catégories de médecins : il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.
- **Médecin conventionné en secteur 1 :** il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du régime obligatoire.
- **Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP) :** en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.
- **Médecin conventionné en secteur 2 :** il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.
- **Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-ACO) :** en souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.
- **Médecin non conventionné :** il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Chambre particulière : prestation proposée par les établissements de santé qui permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est toutefois pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Elle peut être prise en charge dans le cadre des garanties du contrat, pour autant qu'elle soit prévue dans le tableau des garanties, à hauteur du montant journalier qui y figure.

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 515-1 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.

Dépassement d'honoraires : partie des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Enfants : sont considérés comme tels les enfants à charge de l'adhérent ou de son conjoint, à condition toutefois :
- qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ;
- ou qu'ils aient moins de 28 ans, et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par un régime de Sécurité sociale, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ;
- ou qu'ils aient moins de 28 ans et qu'ils soient en recherche d'emploi (primo demandeur d'emploi) et inscrits auprès de l'organisme d'assurance chômage ;
- ou qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55 % du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

L'adhésion de l'enfant prend fin dès lors qu'il ne répond plus aux conditions mentionnées ci-dessus.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Entreprise : la personne morale qui, au travers de son représentant légal dûment habilité, a souscrit le contrat au profit de ses membres du personnel relevant de la catégorie de personnel mentionnée aux dispositions particulières.

Établissements médico-sociaux : établissements assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Frais d'accompagnement : ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition, au sein de l'hôpital ou de la clinique, d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Franchise médicale : en vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes dès le premier jour du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après l'accouchement.
Elle s'élève à :
- 1 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 1 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 4 euros par jour ;
- 4 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 8 euros par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.
Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Honoraire limite de facturation (HLF) : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

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.

Le tarif d'autorité – TA : tarif de base utilisé par le régime obligatoire, pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Dans ce cas, le remboursement se base sur la garantie **non OPTAM** prévue au contrat.

Le tarif de convention – TC : tarif de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul des remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

Le tarif de responsabilité – TR : tarif de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul du remboursement des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

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

Médecin correspondant : le médecin vers lequel le médecin traitant peut orienter un patient, pour lui demander un avis, effectuer des soins dans le cadre d'un protocole de soins, ou pour prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessités par son état de santé.

Médecin traitant : le médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale : elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements du régime obligatoire et complémentaire. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

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).

Parcours de soins : il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

Participation forfaitaire : en vigueur depuis le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 2 euros laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

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

Période de garantie : elle se définit par rapport à la date d'adhésion du bénéficiaire, elle dépend du type de prestations. Cette période est précisée dans le tableau de garantie.

Plafond annuel de la Sécurité sociale – PASS : il s'agit du plafond annuel des cotisations de la Sécurité sociale, égal à 12 fois le Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale – PMSS : la Sécurité sociale a mis en place un salaire mensuel de référence, appelé « Plafond mensuel de la Sécurité sociale », qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son montant est fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

Prix limite de vente (PLV) : le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Régime obligatoire – RO : le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel est affilié l'adhérent.

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

SSR : l'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales.
Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique et des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient.

Ticket modérateur – TM : différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport : il s'agit du 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'adhérent garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Chapitre 2 – L'exécution du contrat

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

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ». De ce fait, il peut bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

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

Interdictions de prise en charge

Le contrat :

- **ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.**

En cas d'évolutions législatives et / ou réglementaires effectuées dans le cadre du contrat responsable, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de part de l'employeur souscripteur, entraînant la résiliation du contrat (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

Règles de prise en charge

Le contrat :

- doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion :
  - des médicaments remboursés par l'assurance maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale ;
  - des cures thermales ;
- doit prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux) ;
- doit prévoir un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat ;
- doit respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique. Les plafonds s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au contrat ;
- doit respecter le plafond prévu en cas des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO), anciennement libellé contrat d'accès aux soins (CAS). La prise en charge ne pourra pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes : 100 % du tarif de responsabilité et le montant de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins souscripteurs minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
- l'assuré doit pouvoir bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les garanties prévues pour les contrats responsables au moins à hauteur des tarifs de responsabilité ;
- ne doit pas laisser à l'assuré un reste à charge sur les dépenses de santé entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé (dans la limite des prix limites de vente et honoraires libre de facturation) ;
- doit prendre en charge au moins deux actes de prévention ou de dépistage fixés par arrêté du 8 juin 2006 à hauteur du ticket modérateur ;
- doit prendre en charge la participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé et due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation.

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

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée aux obligations de prise en charge des frais prévues dans le cadre des contrats responsables (articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale).

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

2.2 Objet du contrat

SwissLife Prévoyance Entreprises + est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire qui a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé définies au chapitre 3 au profit des membres du personnel appartenant à la catégorie de personnel définie aux dispositions particulières.
La totalité de la catégorie de personnel définie aux dispositions particulières doit obligatoirement adhérer au contrat sous réserve des cas de dispenses prévus par la réglementation et indiqués (hors dispenses d'ordre public) dans l'acte fondateur du régime de protection complémentaire de santé ou de prévoyance, soit, une convention ou un accord collectif, un projet d'accord déposé par le chef d'entreprise et ratifié par la majorité des membres du personnel ou par décision unilatérale du chef d'entreprise constatée par écrit et remise à chaque intéressé. L'entreprise doit être en mesure de produire les documents justifiant les cas de dispense pour chaque adhérent en cas de demande des administrations fiscales et sociales.
Le présent contrat est composé d'une formule de garanties de base obligatoire qui pourra être complété, si l'entreprise le souhaite, d'une ou plusieurs formules optionnelles.
Dans ce cas, chaque membre du personnel pourra, conformément à l'article 2.4.4 « Choix de la formule des garanties », choisir la formule la mieux adaptée à sa situation personnelle parmi celles préalablement sélectionnées par l'entreprise.
Les formules de garanties de base et optionnelles choisies par l'entreprise sont définies aux dispositions particulières.
Le contrat est complété par des garanties assistance santé.

2.3 Dispositions relatives au contrat

2.3.1 Conditions de souscription

Pour pouvoir souscrire, l'entreprise doit avoir un numéro de Siret français et ses salariés doivent être affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale français.
L'entreprise doit adresser à l'assureur une demande de souscription dûment complétée, datée et signée. L'ensemble des réponses aux questions de la demande de souscription est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non-examen du dossier.
Après étude du dossier de souscription de l'entreprise, l'assureur se réserve la possibilité de refuser la mise en place du contrat. Ce refus sera, le cas échéant, notifié à l'entreprise.
L'acceptation de l'assureur se matérialise par l'émission des dispositions particulières du contrat, mentionnant notamment la date d'effet, la catégorie de personnel à assurer, la nature et le montant des garanties souscrites, les taux de cotisation ainsi que les éventuelles dérogations aux présentes dispositions générales.
S'il est vérifié que les éléments d'informations relatifs aux membres du personnel ou à l'entreprise figurant dans la demande de souscription sont différents de ceux transmis pour l'établissement du projet commercial, l'assureur se réserve la possibilité de revenir sur les conditions de garanties convenues ou de refuser la mise en place du contrat.
Par ailleurs, pour les entreprises dont le siège social se situe à l'étranger embauchant des salariés en France, l'assureur se réserve le droit de refuser la souscription du contrat si l'assureur ne dispose pas du droit d'exercer une activité d'assurance dans le pays où se situe le siège social de l'entreprise. Seul le lieu du siège social fait foi (ne sont pas pris en compte l'adresse de l'établissement ou de la succursale).
Les mêmes règles sont appliquées en cas de changement d'adresse du siège social en cours de vie du contrat. Dans ce cas, l'assureur se réserve le droit de mettre un terme au contrat

2.3.2 Date d'effet, durée et renouvellement du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux dispositions particulières.
Il se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, sous réserve du paiement des cotisations.
Il est ensuite renouvelé annuellement par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par l'entreprise ou par l'assureur dans les formes et conditions mentionnées à l'article 2.3.4 « Résiliation du contrat ».

2.3.3 Révision du contrat

Le contrat tient compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à sa date d'effet. En cas de modification de ces dispositions, l'assureur peut procéder à une révision du contrat, au plus tôt à leurs dates d'effet. Jusqu'à cette date, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.
Si les modalités de la révision proposées par l'assureur ne conviennent pas à l'entreprise (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute nature), cette dernière peut demander la résiliation de son contrat conformément à l'article 2.3.4 « Résiliation du contrat ».

2.3.4 Résiliation du contrat

Résiliation par l'entreprise souscriptrice

Le contrat peut être résilié :
- à la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois, puis, passé ce délai de 1 an, à chaque date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois. ;
- le souscripteur a également la possibilité de mettre un terme au contrat SLPE + Santé, à tout moment, après douze mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet un mois à compter de la réception par l'assureur de la demande résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation du contrat.

Modalités de la résiliation

Le souscripteur peut résilier le contrat :
- par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique afin de conserver une preuve de sa demande.
  Adresse postale : Swiss Life – Service clients – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9
  Adresse courrier électronique : moncontrat.prevsante.entreprise@swisslife.fr
- en ligne depuis votre *Espace Client MySwissLife* ;
- par tout autre moyen visé à l'article L.113-14 du Code des assurances.

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 ;
- aggravation du risque en cours de contrat (exemple : plan social, procédure collective...), si l'entreprise n'accepte pas le tarif proposé ;
- en cas de fraude ou tentative de fraude d'obtenir des prestations indues ;
- 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 ou de l'entreprise, et dans le respect des dispositions de ces textes ;
- à la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

Résiliation de plein droit

Le contrat sera résilié en cas de :
- retrait de l'agrément de l'assureur ;
- disparition de l'entité souscriptrice.

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.

2.3.5 Modification du contrat par l'entreprise

L'entreprise conserve la possibilité de modifier les garanties et / ou les conditions d'exécution du contrat chaque 1er jour du mois à partir d'un an après la date d'effet du contrat ou de sa dernière modification. La demande de modification doit être faite au moins deux mois avant sa prise d'effet. Un avenant marquera l'accord de l'assureur.

2.3.6 Obligations de l'entreprise

À l'égard de l'assureur

L'entreprise s'engage à :
- fournir tous les documents nécessaires à la souscription du contrat indiqués à l'article 2.3.1 « Conditions de souscription » ;
- communiquer à chaque échéance trimestrielle (pour les entreprises qui n'utilisent pas la DSN), **le bordereau d'appel de cotisations** sur lequel elle aura indiqué : la cotisation appliquée en fonction de la situation de famille, la période de garantie pour chaque adhérent ainsi que le nom des membres du personnel éventuellement entrés ou sortis du groupe au cours du trimestre, en précisant leur date d'entrée ou de sortie ;
- régler les cotisations à échéance ;
- déclarer tout changement d'activité, d'adresse ou de convention collective applicable par lettre recommandée ;
- déclarer la mise en place de tout dispositif d'activité partielle au sein de l'entreprise, mais également l'ouverture de toute procédure collective à son encontre ;
- déclarer le licenciement de plus de 20 % des effectifs sur une période glissante de 365 jours ;
- informer l'assureur des modifications intervenues dans la situation de famille de l'adhérent, des personnes dont le contrat de travail a été suspendu ainsi que **les adhérents à radier lorsqu'ils ne font plus partie de la catégorie de personnel à assurer** en distinguant ceux qui remplissent les conditions pour bénéficier du maintien de garanties conformément à l'article 3.5.1 « La portabilité des garanties », et ce, dans le mois qui suit l'événement via le formulaire « modification sur adhésion » situé dans votre portail entreprises.

Par ailleurs en souscrivant le contrat, l'entreprise souscriptrice atteste être à jour de ses obligations fiscales et sociales et s'engage à le rester durant toute la vie du contrat.
Ces déclarations doivent être effectuées par lettre recommandée et dans un délai de 15 jours à compter que l'entreprise en a connaissance.
Le défaut ou le retard de communication de ces informations pourrait amener l'assureur à demander à l'entreprise de la dédommager des prestations versées à tort.
L'ensemble des déclarations faites par l'entreprise et les adhérents servent de base à l'appréciation du risque par l'assureur. Ces dernières n'ont d'effet que si elles sont parvenues par écrit à l'assureur.
Conformément aux dispositions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances et indépendamment des suites judiciaires qui pourraient être engagées, toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte sur les éléments constitutifs du risque au moment de la souscription ou en cours de contrat, est sanctionnée par la nullité du contrat, la résiliation ou la réduction d'indemnités.

À l'égard des adhérents

L'entreprise s'engage à informer les membres de son personnel appartenant à la catégorie de personnel à assurer de l'obligation de compléter un bulletin individuel d'adhésion lors de la souscription du contrat.
Conformément à l'article 12 de la loi n° 89-1009, elle est tenue de remettre à chaque adhérent un exemplaire de la notice d'information établie par l'assureur et de l'informer par écrit de toute modification qui pourrait être apportée au contrat et ce, au moins trois mois avant sa prise d'effet.
Le non-respect des obligations précitées engage la responsabilité de l'entreprise vis-à-vis des membres de son personnel. En cas de litige, il lui incombera d'apporter la preuve que la notice d'information a bien été remise aux adhérents. Dans le cadre de la portabilité des garanties, l'entreprise est tenue de signaler le maintien des garanties de l'ancien adhérent dans le certificat de travail de ce dernier.

2.4 Dispositions relatives aux adhérents

2.4.1 Conditions d'adhésion

Pour pouvoir adhérer au contrat, l'adhérent doit :
- appartenir à la catégorie de personnel à assurer telle que définie aux dispositions particulières ;
- être affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale français ;
- bénéficier d'un contrat de travail en vigueur ;
- adresser à l'assureur un bulletin individuel d'adhésion, une copie de l'attestation Vitale de Sécurité sociale par assuré au contrat, un relevé d'identité bancaire (RIB-IBAN) et, le cas échéant, une demande de mandat de prélèvement SEPA.

En dehors des cas de réticence, de fraude ou tentative de fraude, de déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, de toute omission ou d'inexactitude dans les déclarations de l'adhérent, ce dernier une fois admis au contrat, ne peut être éliminé de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie de l'effectif assuré et tant que la cotisation est payée.

2.4.2 Bénéficiaires des garanties

Sont bénéficiaires des garanties :

- les adhérents qui répondent aux conditions exposées à l'article 2.4.1 « Conditions d'adhésion » ;
- et si cela est prévu aux dispositions particulières, les ayants droit de l'adhérent qui répondent à la définition du chapitre 1.

Selon les dispositions instituées dans l'acte fondateur du régime de protection complémentaire de santé ou de prévoyance et indiquées aux dispositions particulières, l'inscription des ayants droit au contrat peut être soit obligatoire, soit laissée au libre choix de l'adhérent. Dans le premier cas, les ayants droit devront simultanément être affiliés dès l'adhésion du salarié sous réserve des cas de dispenses prévus par la réglementation.

La couverture des ayants droit est subordonnée à l'adhésion du membre du personnel. Pour maintenir la télétransmission des données et simplifier les démarches de remboursements de soins, il est important de déclarer tout changement de situation d'un enfant et notamment lorsque l'enfant utilise désormais sa propre carte Vitale et donc son propre numéro de Sécurité sociale. Pour ce faire, une attestation Vitale de Sécurité sociale doit être envoyée à l'assureur.

2.4.3 Prise d'effet de l'adhésion et des garanties

Les adhérents bénéficient des garanties :

- à compter de la date d'effet du contrat s'ils appartiennent à la catégorie de personnel à assurer ;
- après la date d'effet du contrat, à partir de la date à laquelle ils entrent dans la catégorie de personnel à assurer ou à partir de la date à laquelle il cesse de bénéficier d'un cas de dispense prévu par la réglementation en vigueur.

Pour ce faire, ils doivent se connecter au portail d'adhésion en ligne (portail BIA) ou adresser un bulletin individuel d'adhésion, et ce, dans les trente jours qui suivent leur date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer. **À défaut, la garantie prendra effet le premier jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin individuel d'adhésion par l'assureur (la preuve de l'envoi à l'assureur incombe à l'employeur). Dans tous les cas, l'affiliation n'est effective qu'après l'acceptation de l'assureur qui se concrétise par l'émission d'un certificat d'affiliation indiquant la date d'effet des garanties.**

S'ils sont inscrits au contrat, les ayants droit de l'adhérent bénéficient de la garantie :

- au plus tôt, en même temps que l'adhérent ;
- ou le premier jour du mois qui suit la réception de la demande par l'assureur, lorsque l'inscription de l'ayant droit est postérieure à l'adhésion du membre du personnel. Par exception, en cas de naissance ou adoption d'un enfant, ce dernier peut bénéficier des garanties du contrat dès le jour de sa naissance ou de son adoption, sous réserve que événement ait été déclaré à l'assureur dans un délai de 30 jours à compter de sa survenance ;
- après la date d'effet du contrat, à partir de la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'une dispense d'adhésion.

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date de prise d'effet de l'adhésion.

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

2.4.4 Choix de la formule de garanties

Le contrat est composé d'une formule de garantie de base obligatoire et d'une ou plusieurs formules optionnelles.

Formule de garanties de base

L'ensemble des bénéficiaires des garanties, tels que définis à l'article 2.4.2 « Bénéficiaires des garanties », bénéficie des garanties de la formule de base obligatoire.

Formules de garanties optionnelles

Les formules optionnelles ont pour but de compléter les niveaux de garanties prévus par la formule de base obligatoire.

Au moment de l'adhésion, chaque membre du personnel a la possibilité de sélectionner la formule de garantie la mieux adaptée à sa situation, il devra alors reporter son choix sur le bulletin individuel d'adhésion. À défaut de choix formel d'une formule optionnelle, les garanties de la formule de base obligatoire s'appliqueront de plein droit.

Le choix de la formule de garanties vaudra tant pour le membre du personnel que pour ses ayants droit inscrits au contrat.

Dans tous les cas, l'adhérent conserve la possibilité de changer de formule de garantie :

- à tout moment, si l'adhérent est couvert par la formule de base obligatoire ;
- à partir d'un an après son adhésion ou de sa dernière modification de formule de garanties s'il a fait le choix d'être couvert par une option.

La demande de modification doit intervenir en dehors de toute période de préavis liée à une démission ou à un licenciement, auquel cas, et en tout état de cause, l'adhérent et les ayants droit inscrits au contrat bénéficieront toujours du même niveau de garanties. La modification sera effective le premier jour du mois qui suit la demande. Un avenant marquera l'accord de l'assureur.

2.4.5 Suspension des garanties

Les garanties du présent contrat sont suspendues pour l'adhérent et les ayants droit inscrits au contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 4.5 « Non-paiement des cotisations » ;
- les garanties optionnelles et / ou les garanties des ayants droit couverts à titre facultatif sont suspendues en cas de non paiement, par l'adhérent salarié, de la part de cotisation relative aux garanties optionnelles et / ou à la couverture des ayants droit.

2.4.6 Cessation de l'adhésion

L'adhésion du membre du personnel s'interrompt :

- dès qu'il cesse de faire partie de la catégorie de personnel à assurer définie aux dispositions particulières ;
- à la date de résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise ou l'assureur ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l'adhérent à l'exception des personnes en situation de cumul emploi – retraite ;
- à la date de rupture du contrat de travail de l'adhérent.

Le défaut ou le retard de communication de ces informations pourrait amener l'assureur à demander à l'entreprise de la dédommager des prestations versées à tort. Il est précisé que l'adhérent sera déchu de tout droit à prestation en cas de demande de remboursement frauduleuse.

2.4.7 Cessation des garanties

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque adhérent à la date de cessation de leur adhésion.

Les garanties cessent pour les ayants droit inscrits au contrat :

- en même temps que celles de l'adhérent ;
- ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayants droit telle qu'indiquée au chapitre 1 des présentes dispositions générales ;
- ou dès que les cotisations relatives à leur couverture ne sont plus réglées.

En tout état de cause, la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise entraîne la cessation des garanties des formules optionnelles pour les bénéficiaires. Toutefois, la garantie peut être maintenue conformément aux articles 3.5.1 et 3.5.2 des présentes dispositions générales.

Chapitre 3 – Les garanties

Dans les conditions et limites des formules de garanties choisies, mentionnées aux dispositions particulières, le contrat garantit :
- le remboursement des frais médicaux ;
- le remboursement des frais obsèques ;
- la mise en œuvre des services d'assistance.

3.1 Nature et base des prestations

L'assureur procède au remboursement des dépenses de santé engagées par les bénéficiaires suivant les conditions et limites indiquées aux dispositions particulières.

Les remboursements de l'assureur viennent en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires). Les frais engagés doivent faire l'objet d'une prescription et avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un remboursement s'ils sont prévus aux dispositions particulières.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, l'assureur se conforme aux dispositions des nomenclatures des actes de la Sécurité sociale telles que définies au chapitre 1. Ainsi, l'ensemble des actes hors nomenclature ne seront pas remboursés au titre de la garantie frais de santé sauf disposition contraire mentionnée au tableau de garanties.

L'adhérent ne pourra percevoir pour lui-même ou pour son conjoint et ses enfants assurés au contrat, un remboursement des frais médicaux ou le versement d'un forfait supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur les bordereaux, les décomptes ou les feuilles de soins de la Sécurité sociale.

Lorsque les dépenses de santé n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge directe par l'assureur, le remboursement des frais médicaux est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État français.

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.

3.2 Contenu des garanties

Les garanties s'inscrivent dans le cadre des dispositifs législatifs relatifs :
- aux contrats d'assurance complémentaire de santé dits « contrats responsables » tels que définis au chapitre 1 des présentes dispositions générales ;
- aux garanties de complémentaire de frais minimales prévues par l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

3.2.1 Le remboursement des frais médicaux

Sont couvertes les dépenses de santé engagées entre la date de début et la date de fin de la garantie.

Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire, la date de facturation de l'équipement pour l'optique.

Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

L'hospitalisation

- Les frais de séjour.
- Les interventions chirurgicales.
- Les actes d'anesthésie et d'obstétriques.
- L'hospitalisation à domicile.
- Les frais de transport du malade ou de l'accidenté.
- Le forfait hospitalier pour une durée illimitée.
- La chambre particulière pour une durée illimitée.

Les services, équipements, prestations et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement au titre de la garantie chambre particulière. À titre d'exemple, les éléments les plus courants qui ne sont pas inclus dans cette garantie comprennent, sans s'y limiter : la télévision (hors remboursement spécifique si prévu au contrat), le téléphone, le Wi-Fi, le lit supplémentaire, le journal du jour et les produits de beauté.

- Le remboursement des frais de télévision pendant quinze jours par événement, en cas d'hospitalisation.
- Le remboursement des frais d'accompagnement, en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire accompagné par son conjoint ou un enfant dans les limites du plafond journalier prévu.
- Le versement d'une allocation forfaitaire au bénéficiaire par maternité ou par adoption et par enfant en cas de naissance multiple. Le forfait adoption est versé uniquement lorsque l'enfant n'était pas préalablement assuré par le contrat au jour de l'adoption.
- La participation forfaitaire sur les actes techniques ou lourds égaux ou supérieurs à un montant fixé par décret.

Sont exclus de la garantie hospitalisation les séjours en établissements médicosociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées.

Sont exclus les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Sont également exclus les frais d'hospitalisation des personnes hospitalisées en longue durée, pour une durée indéterminée, dans un établissement qui facture légalement du moyen séjour.

C'est le cas par exemple des frais d'hospitalisation des personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel, qui sont placées en unités de structures de soins et suite et de réadaptation (SSR) par le biais de la circulaire n° 2002-288 du 3 mai 2002.

Le dentaire

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

Les actes dentaire codifiés par la Sécurité sociale en acte de chirurgie seront remboursés à hauteur de la garantie honoraires de chirurgie souscrite au sein du « bloc hospitalisation ». Les actes dentaire codifiés par la Sécurité sociale en acte d'imagerie seront remboursés à hauteur de la garantie imagerie souscrite au sein du « bloc soins courants ».

Le remboursement de l'appareil orthodontique amovible de type gouttière d'alignement acheté sur internet est exclu de la garantie. L'achat d'appareil orthodontique amovible de type gouttière d'alignement non précédé d'un diagnostic, d'un examen et d'imagerie, et non suivi périodiquement par un professionnel de santé qualifié (dentiste ou orthodontiste) est exclu de la garantie.

L'optique

- Les verres.
- La monture.
- Les lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale. L'achat de lentilles oculaires sur Internet entre dans la garantie à condition qu'elles soient achetées sur un site respectant la législation française en vigueur relative à la vente de produits optiques sur internet (par exemple, le numéro d'enregistrement au répertoire Adeli des opticiens-lunetiers travaillant pour le site doit être indiqué).
- La chirurgie réfractive.

Cas particulier du forfait optique

Le forfait optique est limité à un équipement complet (une monture + 2 verres) par période de 2 années d'assurance et par bénéficiaire. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est amenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

Le montant du forfait relatif aux équipements (une monture et deux verres) est exprimé y compris remboursement de la Sécurité sociale. Conformément à la réglementation du contrat responsable la prise en charge maximale de la monture des équipements hors 100 % santé est plafonnée. Le montant du plafond est mentionné sur le tableau des garanties.

La prise en charge des équipements s'effectue toujours dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur. La garantie prend en charge la prestation d'adaptation de l'ordonnance par l'opticien à hauteur du ticket modérateur.

La médecine courante

- Les consultations et visites.
- Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux.
- Les analyses et les examens de laboratoires.
- Les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie.
- Les séances d'accompagnement réalisées par un psychologue dans le cadre du dispositif « Monpsy » ; conformément à la législation et la réglementation en vigueur qui encadrent ce dispositif.

- Les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM).
- Les médecines douces non remboursées (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin. Les professionnels de santé mentionnés ci-dessus doivent figurer aux répertoires nationaux RPPS ou Adeli.

La pharmacie

- Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale.
- Les médicaments prescrits non remboursés à conditions qu'ils soient délivrés en officine française (physique) ou sur le site Internet d'une pharmacie autorisée à vendre des médicaments en ligne et identifiée sur le site de l'Ordre national des pharmaciens.

Les prothèses et les appareillages

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

Les cures thermales

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

Les aides auditives

- Les équipements auditifs remboursés par la Sécurité sociale.
- Le versement d'un forfait supplémentaire par an et par bénéficiaire (par oreille et par bénéficiaire à compter de l'échéance anniversaire de 2021).

Le remboursement d'une aide auditive par oreille est limité à un équipement tous quatre ans suivant la date de facturation du dernier équipement. Conformément à la réglementation en vigueur, pour calculer ce délai, l'assureur est tenu de prendre en compte les prises en charge antérieures réalisées par le régime obligatoire ou par l'assureur.
Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.
Lorsque le bénéficiaire demande un second remboursement durant cette période de quatre ans, il lui appartient de justifier que cette nouvelle demande porte sur une oreille différente du premier équipement remboursé durant la période.

La prévention

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

3.2.2 La garantie frais d'obsèques

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie santé.

Le montant

En cas de décès, les frais d'obsèques sont pris en charge à hauteur des frais réellement exposés, dans la limite du montant indiqué aux dispositions particulières.

Le paiement

Les frais d'obsèques sont remboursés à la personne physique ou morale qui a pris en charge et organisé les obsèques, au plus tard dans les trente jours suivant la réception des éléments demandés pour l'étude du dossier.
Le décès d'un adhérent ou de l'un de ses ayants droit doit être déclaré le plus tôt possible auprès de l'assureur, soit par la famille, soit par l'entreprise, soit par la personne qui a organisé les obsèques.

La cessation de la garantie

La garantie frais d'obsèques cesse dans les mêmes conditions que celles définies pour la garantie santé.

3.3 Les services complémentaires

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

3.3.1 Les services proposés par Carte Blanche Partenaires

- Des engagements de modération tarifaire, auprès des opticiens, chirurgiens-dentistes ainsi que chez les audioprothésistes, ostéopathes et diététiciens partenaires de Carte Blanche Partenaires.
  Vous demeurez naturellement libre de consulter un professionnel de santé hors du réseau Carte Blanche Partenaires, hors des conditions spécifiques liées à ce partenariat.
- Les assurés peuvent bénéficier des actions organisées par l'association Carte Blanche Asso qui leurs permettent d'obtenir de l'information en matière de santé et de prévention par téléphone, d'avoir un accès personnalisé au site d'information prévention santé : www.carteblanchepartenaires.fr, de participer à des programmes de prévention tels que le coaching arrêt du tabac ou coaching nutrition, de participer également à des enquêtes sur leurs attentes et besoins en matière de santé. Pour connaître les professionnels de santé partenaires de Carte Blanche Partenaires, il vous suffit de consulter votre Espace Client MySwissLife muni de votre identifiant et mot de passe.

3.3.2 La dispense d'avance de frais (tiers payant)

Les assurés bénéficient de la dispense d'avance de frais sur les prestations faisant l'objet des garanties prévues pour les contrats responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, selon les modalités indiquées sur l'attestation.
La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de votre attestation de tiers payant en cours de validité et sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant.

3.3.3 Les services d'assistance proposés

Grâce à l'assistance santé, les adhérents peuvent bénéficier de nombreux services d'assistance qui les accompagne notamment en cas :

- de demande d'information dans le domaine de la santé sur des sujets d'ordre général ou spécifique à une pathologie ;
- d'hospitalisation de plus de 48 heures : transfert d'un proche au chevet de l'assuré, transfert de l'assuré à l'hôpital, garde des enfants de moins de 16 ans ou des ascendants, aide ménagère ;
- d'immobilisation de plus de 5 jours : livraison de médicaments, envoi d'un médecin à domicile, organisation de soins à domicile ;
- d'atteinte corporelle grave : informations et conseils sur la maladie et le handicap, orientation vers des spécialistes, accompagnement pour réenvisager son avenir professionnel ;
- de décès : rapatriement de corps, retour anticipé des autres personnes, accompagnement psychologique, garde de enfants de moins de 16 ans ;
- de grossesse : garde des enfants de moins de 16 ans, aide ménagère, informations pratiques ;
- de projet de procréation médicalement assistée ou en cas d'adoption ;
- de dépendance d'un proche parent ;

Une protection juridique santé est également disponible.
L'ensemble des services d'assistance et leurs conditions sont détaillés dans la convention d'assistance jointe aux présentes dispositions générales ainsi que dans votre *Espace Client MySwissLife*.

3.4 Étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation est acquise dans le monde entier pour les bénéficiaires, à partir du moment où le régime obligatoire français de Sécurité sociale intervient. 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.

3.5 Maintien des garanties santé

Les garanties du présent contrat sont maintenues lorsque le contrat de travail de l'adhérent est suspendu qu'elle qu'en soit la cause (notamment lors de la survenance d'une maladie, d'une maternité, d'un accident ou en cas d'activité partielle ou d'un congé d'adoption) et que les salariés bénéficient pendant cette période :

- soit d'un maintien de salaire, total ou partiel;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur;
- soit d'un revenu de remplacement (notamment pour les salariés placés en activité partielle).

Durant les autres cas de suspension du contrat de travail, les garanties sont suspendues.
L'adhérent pourra toutefois, sur simple demande écrite auprès de l'employeur, continuer à adhérer au contrat pendant la période de suspension de son contrat de travail lorsque cette suspension n'est pas indemnisée, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (correspondant à la part patronale et à la part salariale le cas échéant). Dans ce cas, la totalité de la cotisation sera appelée auprès de l'employeur.
La suspension s'achève dès la reprise effective du travail de l'adhérent, à condition que l'assureur en ait été informé dans les trois mois qui suivent la reprise effective. À défaut, la suspension s'achève à la date à laquelle l'assureur en aura été informé.

3.5.1 La portabilité des garanties

Durée et conditions du maintien – L'ancien adhérent peut bénéficier du maintien des garanties à compter de la date d'effet de la rupture de son contrat de travail. La durée de cette couverture est égale à celle du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail consécutifs, appréciée en mois entiers dans la limite de douze mois, à conditions toutefois que :

- le contrat de travail de l'adhérent soit rompu pour une cause autre que la faute lourde ou le départ en retraite ;

- le droit aux prestations du contrat ait été ouvert avant la date de cessation du contrat de travail ;
- la rupture du contrat de travail ait ouvert droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage. L'adhérent doit faire parvenir les documents justifiant son inscription et sa prise en charge par le régime d'assurance chômage dans le mois qui suit la rupture de son contrat de travail. S'il ne nous retourne pas les documents requis pour bénéficier du maintien de ses garanties dans le mois qui suit la rupture de son contrat de travail, la portabilité ne pourra prendre effet qu'à compter de la réception effective desdits documents, sans prolonger pour autant la durée de maintien des droits. Nous nous réservons le droit de demander tout justificatif complémentaire. À défaut de réception, la portabilité des garanties cessera.

Les adhérents répondant à ces conditions bénéficieront d'un maintien de garanties aux mêmes conditions que les adhérents en activité au sein de l'entreprise.
Toute modification des garanties de ces derniers sera répercutée sur les garanties des bénéficiaires de la portabilité.
Le maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit de l'ancien adhérent inscrits au contrat qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées à la date de cessation du contrat de travail.
Le bénéfice du dispositif de la portabilité est subordonné à la présence effective de personnel à assurer au sein de la catégorie objective définie au contrat souscrit par l'entreprise.
À cet égard, en cas de liquidation judiciaire de la société souscriptrice et du licenciement des salariés appartenant à la catégorie objective définie au contrat, la mise en place et le maintien de la portabilité ne pourront être effectifs que s'il y a financement par le liquidateur pour la période de portabilité envisagée. La prime due pour chaque ex-salarié sera calculée à partir de la dernière prime payée, elle sera due à terme d'avance.

Cessation

Le maintien de la garantie prend fin automatiquement dans les cas suivants :

- à la date à laquelle l'ancien membre du personnel reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien membre du personnel cesse de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- à l'arrivée du terme des droits acquis par l'ancien membre du personnel au titre de la portabilité des garanties ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite par l'ancien membre du personnel ;
- à la date à laquelle le contrat d'assurance est résilié. Dans ce cas, l'entreprise doit organiser la poursuite du maintien des garanties aux bénéficiaires de la portabilité. À défaut, et conformément à la législation en vigueur, elle sera seule débitrice de l'obligation de maintenir lesdites garanties ;
- dès que l'adhérent ne retourne pas les justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage, que nous aurons demandés.

L'entreprise s'engage à informer l'assureur, de la cessation prématurée du bénéfice de l'indemnisation chômage par l'ancien membre du personnel. Le maintien des garanties cesse pour les ayants droit inscrits, en même temps que l'ancien adhérent.

3.5.2 Le maintien des garanties santé dans le cadre de l'article 4 de la loi Évin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les anciens adhérents peuvent bénéficier d'un maintien d'une couverture de garanties frais de santé, à condition qu'ils en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.
Le maintien de la garantie dans le cadre d'un contrat individuel est possible et sans condition de durée, lorsque la garantie santé cesse d'être acquise et les anciens adhérents bénéficiaires :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- d'une pension retraite ;
- d'un revenu de remplacement, s'ils sont privés d'emploi.

Les anciens adhérents bénéficiant du maintien de leurs garanties au titre de la portabilité pourront bénéficier de ce dispositif à la fin de la période de portabilité de leurs garanties.
Sont également concernés par ce dispositif les ayants droit d'un adhérent décédé pour une durée de douze mois à compter de la date du décès de l'adhérent et sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six mois qui suivent le décès (à condition toutefois qu'ils aient été inscrits comme bénéficiaires avant la date du décès de l'adhérent).
La nouvelle garantie prendra effet le lendemain du jour de la demande et sera acquise sans formalité médicale.
Les cotisations seront alors fixées selon les modalités prévues par la législation française.

3.5.3 Le maintien des garanties santé en cas de résiliation du contrat (article 5 de la loi Évin)

En cas de résiliation du contrat collectif et lorsque celui-ci n'est pas remplacé, les anciens adhérents peuvent demander leur adhésion à un contrat individuel de même nature, sans questionnaire ou examen médical, ni période probatoire et selon les conditions tarifaires en vigueur. La demande doit être faite avant la date d'effet de la résiliation du contrat.

3.6 Règlement des prestations

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

3.6.1 La procédure simplifiée

La télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses.
Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant. Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations du régime obligatoire.
Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser sur la proposition d'assurance ou le notifier par écrit à notre siège social ou à votre appui commercial régional. Le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.
L'utilisation de l'attestation de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si le contrat et l'adhésion sont encore en vigueur au jour de l'utilisation de ladite carte. Dès lors que l'adhérent cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties, il s'engage à cesser toute utilisation de sa carte de tiers payant et ce sans délai. Par ailleurs, il s'engage à informer les professionnels de santé de la cessation de ses garanties, notamment lorsque les données de sa carte de tiers payant ont été préalablement enregistrées (exemple : en pharmacie).
En cas d'utilisation frauduleuse de cette carte, l'assureur demandera systématiquement le remboursement de toute prestation réglée directement à l'adhérent et/ou versée à un professionnel de santé en cas de dispense d'avance de frais ; sans préjudice de dommages et intérêts que l'assureur se réserve de réclamer.
Dès lors que le souscripteur cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties, il s'engage à restituer immédiatement sa carte.

3.6.2 Déchéance des garanties en cas de fraude

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'adhérent puisse s'y opposer, procéder par retenue sur les prestations à venir.
En cas de fraude détectée d'un bénéficiaire, l'assureur avertira l'employeur.

Chapitre 4 – Les cotisations

4.1 Assiette des cotisations

Le montant des cotisations est exprimé, sauf cas particulier, en pourcentage du Plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur pour la période considérée.
Les taux de cotisation éventuellement majorés des taxes, sont indiqués aux dispositions particulières.

4.2 Modalités de calcul des cotisations

La cotisation mensuelle due pour un adhérent est calculée au prorata du nombre de jours de couverture du salarié dans le mois.
Il est également précisé que toute déclaration d'un adhérent par le biais de la déclaration sociale nominative (DSN) emporte couverture d'assurance pour ce dernier, sous réserve d'appartenir à la catégorie de bénéficiaires des garanties. Les cotisations d'assurance seront donc dues et ne pourront faire l'objet d'une demande de remboursement.

4.3 Évolution des cotisations

En cas d'évolution des garanties, les cotisations sont adaptées dès la mise en place des nouvelles garanties.
À garanties identiques, les cotisations évolueront automatiquement :

- chaque année au 1er janvier, en fonction des résultats techniques constatés sur l'ensemble des contrats de même nature et / ou d'une même catégorie de contrats ou de garanties, et / ou du contrat d'assurance précité ;
- en cas de modification de dispositions législatives et réglementaires, y inclus toute modification fiscale ou sociale, de nature à remettre en cause la portée des engagements de l'assureur. Il est précisé que toute modification ou ajout de taxe ou contribution obligatoire de toute nature, impliquera une variation de cotisations, dès la date d'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions. Ces modifications de cotisations prennent effet au plus tôt à la date d'entrée en vigueur de ces événements.

Le tarif peut également évoluer en cours d'année, lorsque cette évolution a pour objectif de mettre en conformité le tarif avec les nouvelles dispositions de la convention collective applicable, et ce nonobstant le fait que l'entreprise soit ou non adhérente aux organisations signataires de l'accord en question. Dans ces conditions, vous bénéficiez d'un délai de trente jours à compter de la date d'envoi du courrier d'information pour résilier votre contrat.
De plus, en cas d'événement tel qu'un rachat, une absorption, une offre publique d'achat, une fusion, une scission, ou du licenciement de plus de 20 % des effectifs sur une période de 365 jours, qui sont des événements de nature à remettre en cause la portée des engagements réciproques, les parties se réservent la possibilité de revoir ces conditions à effet de la date de l'événement.
Il est également précisé que toute déclaration d'un adhérent par le biais de la déclaration sociale nominative (DSN) emporte couverture d'assurance pour ce dernier, sous réserve d'appartenir à la catégorie de bénéficiaires des garanties. Les cotisations d'assurance seront donc dues et ne pourront faire l'objet d'une demande de remboursement.

4.4 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables par trimestre civil à terme échu dans les dix jours suivant la réception des appels de cotisations par l'entreprise.
En fonction des déclarations fournies en fin d'année d'assurance par l'entreprise, les cotisations sont susceptibles de faire l'objet d'un ajustement en début d'année suivante. Ces déclarations portent sur les mouvements de personnel.
Les cotisations relatives aux garanties optionnelles pourront être directement prélevées sur un compte bancaire de l'adhérent, si l'entreprise le souhaite.

4.5 Non-paiement des cotisations

Lorsque l'entreprise recouvre l'ensemble des cotisations (part obligatoire et part optionnelles facultatives), elle est seule responsable du 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 2.2.4 « Résiliation du contrat » en cas de non-paiement d'une ou plusieurs cotisations par l'entreprise.
Cette procédure entrainera la résiliation de l'ensemble du contrat d'assurance collectif. Lorsque le salarié s'acquitte lui même du paiement de la part de cotisations relative aux garanties optionnelles et / ou à la couverture facultative de ses ayants droit, le non-paiement desdites cotisations entraînera une suspension de garanties conformément à l'article 2.4.5 « Suspension des garanties ».

Chapitre 5 – Les autres dispositions

5.1 Litiges, réclamations et médiation

Quelle procédure devez-vous observer en cas de litiges ou réclamations ?

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (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.
La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

5.2 Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de nos relations, Swiss Life est amenée à collecter vos données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD), de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).
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	**Exécution du contrat**
• 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 de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme)	**Respect d'obligations légales**
• Élaboration de statistiques et études actuarielles	**Intérêt légitime**
• Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur	
• Gestion du client intra-groupe	
• Conduite d'activités de recherche et développement	
• Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service	
Finalité : lutte contre la fraude à l'assurance	*Bases légales des traitements*
• Analyse et 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	**Intérêt légitime**
• Gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements	
• Constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude	
• Gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude	
• Exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude	
Ces traitements permettent de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions présentant un risque de fraude.	
Finalité : prospection commerciale	*Bases légales des traitements*
• Réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects	**Intérêt légitime**
• Acquisition, cession, location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'organisme d'assurance	

Durées de conservation des données personnelles

Les données traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées durant toute notre relation, et jusqu'à expiration des durées légales de prescription. En cas de non- conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées. En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription. 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.

Destinataires des données personnelles

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

- aux services de l'assureur ou à d'autres entités du groupe Swiss Life dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle ;
- à nos réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du contrat (exemple : assureur du tiers victime) ;
- à des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes sociaux...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance ou l'Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Vos données sont traitées par Swiss Life en France ou au sein de l'Union européenne. Toutefois, si des données personnelles doivent faire l'objet de transferts vers des pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), Swiss Life prendra toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment encadrement des transferts à l'aide de clauses contractuelles types émises par la Commission européenne) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité de vos droits.

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 (N.B. : concernant les données traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés) ;
- **droit de rectification :** si vos données sont inexactes ou incomplètes, vous pouvez demander à ce qu'elles soient modifiées ou complétées ;
- **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. Concernant la prospection par téléphone, vous pouvez aussi vous opposer en vous inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition nationale Bloctel (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels vous n'avez pas de relation contractuelle en cours, de vous démarcher par téléphone ;
- **droit à la limitation** des données à caractère personnel ;
- **droit à l'effacement :** vous pouvez demander l'effacement de vos données sous réserve de l'application de votre contrat ou d'obligations légales de conservation s'appliquant à l'assureur ;
- **droit à la portabilité des données :** vous pouvez demander que les données personnelles que vous nous avez personnellement fournies vous soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, soient transférées à un tiers ;
- **droit de retirer votre consentement** si l'utilisation des données est fondée sur votre autorisation spéciale et expresse ;
- **droit de définir des directives** relatives au sort des données à caractère personnel après votre décès.

Ces droits peuvent s'exercer par un courrier adressé au DPO – Swiss Life – Direction gouvernance et qualité de la donnée – 1, rue Bellini, 92800 Puteaux ; ou par e-mail à dposwisslife@swisslife.fr ; ou auprès du médecin-conseil de Swiss Life à l'adresse précitée pour toutes demandées liées à des données médicales. Vous pouvez également en cas de réclamation choisir de contacter la CNIL : https://www.cnil.fr

Concernant vos données, vous pouvez également vous reporter à tout moment à la politique de protection des données sur notre site Internet : www.swisslife.fr.

5.3 Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances.

Délai de prescription

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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

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 adressé 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.

Caractère d'ordre public de la prescription

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.

Les 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 1er 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.

5.4 Dématérialisation des échanges

5.4.1 Envoi d'informations à l'entreprise
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.

5.4.2 Envoi d'informations par l'entreprise
Dans le cadre de l'exécution du contrat, l'entreprise a la possibilité de formaliser son consentement ou celui de ses salariés par voie électronique. Néanmoins, l'assureur se réserve le droit d'exiger, en fonction de la nature des documents, une signature électronique au sens du règlement eIDAS ou manuscrite.
Dès lors, l'entreprise s'engage :
- à vérifier les adresses e-mail des salariés ou toute autre adresse e-mail *via* laquelle les documents seront adressés à l'assureur, conformément à l'article L. 111-10 du Code des assurances ;
- à conserver tous les éléments de preuve afférents pour garantir leur intégrité et le lien entre le ou les signataires et les documents validés électroniquement. Ce fichier de preuve contient l'ensemble des éléments ayant concouru à la transaction. Sa conservation doit être garantie durant toute la vie du contrat et postérieurement à sa résiliation pendant les durées de prescription applicables.

Swiss Life et l'entreprise s'engagent à accepter qu'en cas de litige, le fichier de preuve contenant le document électronique ainsi que toutes les données permettant de garantir l'horodatage, l'exactitude et l'intégrité de ces informations, soient produits devant les tribunaux et fassent preuve des données et des faits qu'ils contiennent, ainsi que des engagements qu'ils expriment.
La portée de cette preuve est celle accordée à un original, au sens d'un document écrit et signé de manière manuscrite, et vaut jusqu'à preuve du contraire.

SwissLife

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

5265 G – 04.2025 – Création : NS. MAJ : NS / Direction de la communication & RSE Swiss Life.

PAPIER
FR232530_03QEZD

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
www.swisslife.fr