



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit SwissLife Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il s'agit d'un produit non responsable.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanties choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Chirurgie – Obstétrique ;
- ✓ Anesthésie ;
- ✓ Frais de séjour ;
- ✓ Forfait hospitalier ;
- ✓ Transport du malade.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Chambre particulière ;
- Frais de télévision ;
- Frais d'accompagnement ;
- Forfait versé à l'assuré par maternité ou adoption par enfant.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins Carte Blanche : qualité des équipements et tarifs négociés chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes.
- ✓ Espace clients My SwissLife pour le suivi des remboursements, avec services d'orientation vers les professionnels de santé, conseils sur la prévention et les services santé.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités et rentes versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail et/ou d'invalidité.
- ✗ Les remboursements pharmacie, optiques et dentaires.
- ✗ Les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour, maison de retraite, logement foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non, séjours en établissement médico-social, séjours en soins de suite et de réadaptation.
- ✗ Les frais de voyage et de séjour en établissement thermal.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les garanties de votre contrat, ainsi que les augmentations de garanties et les extensions d'assurance, prévues par avenant sont acquises :
 - immédiatement en cas d'accident ;
 - après un délai d'attente de 3 mois en cas de maladie ou de maternité.Ces délais d'attente peuvent être abrogés dans les conditions prévues aux dispositions personnelles.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Les maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois.
- ! Les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour.
- ! Les traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti ;
- ! Les frais de diététique (hospitalisation et traitements) ;
- ! Les cures de rajeunissement, 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 aérium, home d'enfants.

La liste complète des exclusions et limitations figure dans la documentation précontractuelle et contractuelle.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties de votre contrat s'exercent dans tous les pays, à partir du moment où le régime obligatoire français intervient.
- ✓ Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude la proposition d'assurance fournie par l'assureur.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé).
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a connaissance :
 - o Changement de situation : adresse ou fixation hors France métropolitaine, composition familiale (naissance, mariage, décès), situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.
 - o Changement de profession : l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Nous pouvons accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique), il en est alors fait mention aux dispositions personnelles.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion ou dispositions personnelles.
- Le contrat ou l'adhésion produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée aux dispositions personnelles. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat ou à l'adhésion.
- Le contrat ou l'adhésion est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier mon adhésion ?

Vous pouvez résilier votre adhésion/contrat dans les cas prévus par la réglementation, mais également :

- Chaque année à l'échéance anniversaire moyennant un préavis de 2 mois.
- Après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de révision des cotisations ou de modification du contrat à la suite d'une évolution réglementaire (lorsque la modification prend effet à l'échéance anniversaire du contrat).

Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.