SwissLife

SwissLife Santé

Dispositions générales
Notice d'information

Assurance complémentaire santé

Madame, Monsieur,

Vous remplissez les conditions pour bénéficier du régime de déduction fiscale dit « Madelin »

- Votre adhésion au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit auprès de l'association AGIS dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite loi « Madelin » est composée :
  - du document d'information normalisé sur le produit d'assurance (fiche IPID) ;
  - de la présente notice d'information qui définit le fonctionnement du contrat et expose les différentes garanties possibles ;
  - du certificat d'adhésion stipulant l'identité des personnes assurées et la formule de garantie effectivement retenue.
- Pour bénéficier de ce régime fiscal vos garanties doivent s'inscrire dans le cadre du dispositif législatif des contrats responsables qui répondent à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Vous ne bénéficiez pas du régime « Madelin »

- Le contrat est composé :
  - du document d'information normalisé sur le produit d'assurance (fiche IPID) ;
  - des présentes dispositions générales qui définissent le fonctionnement du contrat et exposent les différentes garanties possibles ;
  - des dispositions personnelles stipulant l'identité des personnes assurées et la formule de garantie effectivement retenue.

La loi applicable au présent contrat est la loi française, notamment le Code des assurances. En accord avec le souscripteur, nous nous engageons à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française.

Sommaire

I. Quelques définitions pour mieux nous comprendre 3

II. Les garanties d'assurance 4

2.1 Cadre juridique : contrat « solidaire » et « responsable » 4
2.2 Objet du contrat 4
2.3 Ce que garantit le contrat 4
2.4 Entrée en vigueur des garanties 6
2.5 Assurance du nouveau-né 6
2.6 Étendue territoriale des garanties 6

III. La vie du contrat 7

3.1 Conditions de souscription du contrat 7
3.2 Conclusion et prise d'effet 7
3.3 Résiliation du contrat 7
3.4 Droit de renonciation en cas de démarchage domicile ou de vente à distance 8
3.5 Les cotisations 8
3.6 Règlement des prestations 9
3.7 Renseignements complémentaires 9
3.8 La subrogation 9
3.9 Prescription 9
3.10 Protection des données à caractère personnel 10
3.11 Litiges, réclamations et médiation 11
3.12 L'autorité de contrôle 11
3.13 Dématérialisation des échanges 11

I. Quelques définitions pour mieux nous comprendre

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

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

Adhérent : la personne signant le bulletin d'adhésion et désignée au certificat d'adhésion.

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

Avenant : modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Base de remboursement (BR) : tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention. Dans ce cas, le remboursement se base sur la garantie **non OPTAM** prévue au contrat ;
- tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecin : 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-CO) :** 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 S. 15-1 du Code civil ;
- le concubin de l'adhérent.

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

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

Date d'effet : date à laquelle débute le contrat ou l'adhésion. Elle est indiquée sur vos dispositions personnelles.

Dépassement d'honoraires : la partie des honoraires dépassant la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Dispositions personnelles : désignent également le certificat d'adhésion.

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

Échéance : date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

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

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 € par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 1 € par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 4 € par jour ;
- 4 € par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 8 € par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 € 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.

Long séjour / Soins longue durée : le long séjour inclut 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. Les unités de soins de longue durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

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 couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

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

Nous : désigne l'assureur mentionné aux dispositions personnelles.

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

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.

Parcours de soins : il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés « normalement ». Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son 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).

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

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 : le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont affiliés les assurés du contrat.

Résiliation : c'est la cessation des effets du contrat ou de l'adhésion.

Sinistre : l'événement, la maladie ou l'accident, mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

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

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 : le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

II. Les garanties d'assurance

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 ».
Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé aux assurés ni lors de la souscription ou de l'adhésion, ni en cours de contrat et dont 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 aux 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 du souscripteur / de l'adhérent, entraînant la résiliation de son contrat / adhésion, le produit étant nécessairement responsable (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-CO), 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.
- 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 libres de facturation) ;
- 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 ;
- 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 (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances), qui entraîne alors la résiliation automatique de votre adhésion, le produit étant par nature un contrat responsable.
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).

2.2 Objet du contrat

Le contrat SwissLife Santé a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par l'un des événements suivants :
- maladie ;
- maternité ;
- accident,

constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties, en complément des prestations versées par votre régime obligatoire ou de prestations non couvertes par votre régime obligatoire mais prévues par les garanties souscrites.

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

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.
Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ou évènement ayant débuté postérieurement à la date d'effet du contrat ou de l'adhésion et durant la période garantie.
Les remboursements dépendent des garanties choisies et indiquées aux dispositions personnelles. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.
Vous pouvez également bénéficier de garanties d'assistance si cette garantie est prévue et mentionnée aux dispositions personnelles.
Leurs conditions de prise en charge sont précisées dans la convention d'assistance santé dont la référence est mentionnée aux dispositions personnelles.
Le contrat SwissLife étant un contrat indemnitaire, il vous appartient lors de la souscription / l'adhésion, mais également en cours de vie du contrat, de nous déclarer l'existence de tout autre contrat portant sur le même risque, à l'exception des surcomplémentaires santé dont l'objet exclusif est de compléter les remboursements du présent contrat. Le défaut de déclaration entraînera les sanctions prévues par le Code des assurances.

2.3 Ce que garantit le contrat

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées aux dispositions personnelles et reprise au tableau de garanties, le contrat garantit :
- le remboursement des frais médicaux ;
- le versement d'indemnités forfaitaires ;
- la mise en œuvre des services d'assistance.

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.

2.3.1 Le remboursement des frais médicaux

L'hospitalisation

- Les frais de séjour.
- Les interventions chirurgicales.
- Les actes d'anesthésie et d'obstétrique.
- 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 spécifié ci-dessous, 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 assuré accompagné par son conjoint ou un enfant dans les limites du plafond journalier prévu.
- Le versement d'une allocation forfaitaire à l'assuré(e) par maternité ou par adoption et par enfant.
- 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 médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.
Sont exclus les frais de chambre particulière liés à une hospitalisation en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique ou gériatrie.
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.
Les frais de chambre particulière liés à une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) sont limités à 30 jours par an et par bénéficiaire.

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.
- Les prothèses dentaires et inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale dans la limite 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 prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale. L'achat de lentilles oculaires sur Internet entre dans la garantie à condition que les lentilles de contacts soient achetées sur un site internet 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 plafonné. 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 examens de laboratoires.
- Les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie.
- 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.
- 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.

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 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 l'assuré 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.
Le versement des forfaits sont effectués dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa 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 et pour l'optique la date de facturation de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

2.3.2 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.

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.

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. En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

Les services d'assistance proposés

Grâce à la garantie d'assistance santé, vous bénéficiez de services d'assistance qui vous accompagnent en cas de besoin si elles sont prévues et mentionnées aux dispositions personnelles.

L'assistance santé comprend notamment :

- le portage de médicaments, si le bénéficiaire des garanties est immobilisé pendant plus de cinq jours ;
- une aide-ménagère à domicile, suite à une hospitalisation de plus de 48 heures ;
- l'assistance information Info Santé.

Toutes les conditions d'assistance sont précisées dans la « Convention d'assistance santé » jointe à vos dispositions personnelles.

2.4 Entrée en vigueur des garanties

- Toute augmentation ou réduction de garantie ne peut se faire qu'à l'échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion, après un an d'assurance. Toute modification de garanties sera formalisée par avenant marquant l'accord de l'assureur.
- L'entrée en vigueur des garanties, ainsi que les augmentations de garantie et les extensions d'assurance prévues par avenant, dépend de la formule choisie.

Pour les garanties « hospitalisation y compris maternité »

Les garanties sont acquises immédiatement pour les niveaux 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Pour les niveaux 7, 8, 9 les garanties sont limitées à hauteur du niveau 6 pendant trois mois, sauf en cas d'accident.

Pour les garanties optique, dentaire, médecine courante et pharmacie

Les garanties sont acquises immédiatement pour les niveaux 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Pour le niveau 9 les garanties sont limitées à hauteur du niveau 8 pendant 6 mois pour l'optique, les cures thermales, les appareillages auditifs, orthopédiques et autres prothèses (hors dentaire) et à 9 mois pour les soins et prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie, la parodontologie, sauf en cas d'accident.

Les délais d'attente sur SwissLife Santé peuvent être abrogés en cas de reprise à la concurrence, à condition que votre couverture santé précédente offrait un niveau de couverture au moins équivalent sur les postes concernés par les délais d'attente et qu'il n'y ait pas eu d'interruption de couverture de plus de deux mois entre les deux assureurs. Le niveau de couverture antérieur devra être justifié par tout moment lors de la souscription / l'adhésion au contrat. Un avenant de suppression des délais d'attente marquera l'accord de l'assureur.

2.5 Assurance du nouveau-né

Le nouveau-né peut être assuré immédiatement et garanti sans délai d'attente, si la demande d'adhésion munie d'un bulletin de naissance, nous parvient dans le mois qui suit sa naissance.

Dans les autres cas, la garantie du nouveau-né prendra effet à la date de réception de la demande d'extension. Les délais d'attente seront applicables.

Si la naissance ou l'adoption intervient dans les 9 mois suivant la date d'effet de l'adhésion au contrat, le forfait maternité sera versé prorata temporis de la durée d'assurance écoulée.

Le forfait adoption est versé uniquement lorsque l'enfant n'était pas préalablement assuré par le contrat au jour de l'adoption.

2.6 Étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le régime obligatoire français intervient. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.

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

III. La vie du contrat

3.1 Conditions de souscription du contrat

3.1.1 Qui peut souscrire ?

Pour souscrire au contrat, vous devez être affilié à un régime obligatoire français de Sécurité sociale français et être à jour dans le paiement de leurs cotisations.

3.1.2 À la souscription ou à l'adhésion

- Le contrat ou l'adhésion est établi(e) d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.
- Vous devez répondre à la souscription ou à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance.
- Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

3.1.3 En cours de contrat

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

- changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès) ;
- cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au régime obligatoire ;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance, y compris lorsque les enfants assurés viennent à utiliser leurs propres numéros de Sécurité sociale. L'assuré pourra ainsi obtenir son attestation de tiers payant à jour ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine ;
- la souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à notre siège social ou à notre représentant conformément aux dispositions de l'article L. 113-2 du Code des assurances.
La circonstance nouvelle doit être déclarée par l'assuré dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

3.1.4 Conséquences de la fausse déclaration

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

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

En cas de déclaration frauduleuse, l'assureur n'est redevable d'aucune prestation, même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.
Le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

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

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

3.2 Conclusion et prise d'effet

3.2.1 Conclusion du contrat

Le contrat ou l'adhésion est conclu par l'accord entre le souscripteur ou l'adhérent, l'assureur. La date de conclusion du contrat ou de l'adhésion est celle indiquée aux dispositions personnelles qui sont transmises au souscripteur ou l'adhérent.
Si le souscripteur / l'adhérent réside hors de France, l'assureur se réserve le droit de refuser la souscription / l'adhésion du contrat si l'assureur ne dispose pas du droit d'exercer une activité d'assurance dans le pays de résidence.
Les mêmes règles sont appliquées en cas de changement de pays de résidence en cours de vie du contrat. Dans ce cas, l'assureur se réserve le droit de mettre un terme au contrat.

3.2.2 Prise d'effet

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.

3.2.3 Durée

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

3.3 Résiliation du contrat

3.3.1 Résiliation par le souscripteur / l'adhérent

Le contrat / l'adhésion peut être résilié(e) :

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

Modalités

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

Adresse postale

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

Adresse courrier électronique

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

3.3.2 Résiliation par l'assureur

Le contrat / l'adhésion peut être résilié(e) en cas de :

- non-paiement des cotisations en application de l'article L. 113-3 du Code des assurances ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'assuré n'accepte pas le tarif proposé ;
- **fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse ;**
- 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 / l'adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes.

3.3.3 Résiliation de plein droit

Le contrat / l'adhésion est résilié(e) de plein droit :

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

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

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

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

Conformément à la réglementation en vigueur sur le démarchage téléphonique, il est strictement interdit d'effectuer tout appel à des fins de prospection commercial sans avoir recueilli au préalable le consentement du client (article L. 223-1 du Code de la consommation).

3.5 Les cotisations

3.5.1 Montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de la cotisation correspondant à la formule choisie est fixé en fonction de l'âge des assurés à la prise d'effet de l'adhésion ou du contrat et du lieu du domicile du souscripteur ou de l'adhérent.
Elle évolue contractuellement, à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés :

- de 2 % jusqu'à l'âge de 60 ans ;
- de 3 % de 61 à 75 ans ;
- de 3,5 % à partir de 76 ans.

3.5.2 Variation des cotisations

- Les cotisations évoluent à chaque échéance principale du contrat ou de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.
  Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.
- Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires.
  Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion.
- Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

3.5.3 Révision du tarif

L'assureur peut être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.
Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat.
Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier le contrat conformément à l'article 3.3 « Résiliation ».

3.5.4 Paiement des cotisations

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

3.5.5 Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 3.3 « Résiliation » en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

3.5.6 Gratuité 3e enfant

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

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.

3.6.2 La procédure classique

Lorsque le souscripteur ou l'adhérent ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime obligatoire, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, vous devez nous faire parvenir pour les dépenses liées à :

- **la médecine courante :** les décomptes originaux des prestations des régimes obligatoires ;
- **l'hospitalisation :** les ordonnances, les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires de chirurgiens ; les factures de frais de télévision ; les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire ;
- **l'optique :** la facture détaillée établie par l'opticien. Pour le renouvellement annuel de l'équipement en cas d'évolution de la vue :
  - la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, accompagnée de la prescription initiale ;
  - ou la prescription médicale initiale avec corrections apportées par l'opticien ;
  - pour les lentilles : l'original de la prescription médicale datant de moins de 2 ans.
- **le dentaire remboursé ou non :** la facture détaillée établie par le dentiste et les décomptes originaux des prestations des régimes obligatoires ;
- **la prévention :** les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire ;
- **la médecine douce :** les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles et précisant l'identifiant RPPS ou Adeli du professionnel de santé, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire; l'original de l'ordonnance établie par un médecin ;
- **les aides auditives :** l'original du décompte de la Sécurité sociale ; la facture détaillée. L'avis du médecin conseil de la Sécurité social dans le cadre d'un renouvellement anticipé de l'aide auditive visée à l'article R. 165-24 du Code de la Sécurité sociale.

Toute prescription doit être réalisée par un spécialiste ou tout professionnelle 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.

3.6.3 Contrôle et vérification des prestations

Toute prescription ou délivrance de soins ou de dispositifs médicaux doit être réalisée par un professionnel de santé dûment habilité conformément à la réglementation en vigueur.
L'assureur se réserve le droit de demander à l'adhérent tout document ou justificatif complémentaire nécessaire à la vérification de la réalité, de la nature, du montant ou de la légitimité du sinistre déclaré. Cela peut inclure, sans que cette liste soit limitative, les prescriptions médicales, les devis ou factures détaillées, les justificatifs de paiement, les comptes rendus médicaux ou tout autre élément permettant d'apprécier le bien-fondé de la demande de remboursement.
En cas de doute sur la réalité ou la conformité d'un acte, d'un soin, d'une prestation ou d'une facturation émise par un professionnel de santé ou un distributeur de dispositifs médicaux (exemples : opticien, audioprothésiste, chirurgien-dentiste, etc.), l'assureur pourra exiger des pièces justificatives spécifiques.
À défaut de transmission des justificatifs demandés dans les délais impartis, ou en cas de constat d'anomalie ou de surfacturation manifeste, l'assureur se réserve le droit de refuser totalement ou partiellement le remboursement des prestations concernées.

3.7 Renseignements complémentaires

Notre médecin-conseil peut vous demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.
Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement.

3.8 La subrogation

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

3.9 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.

3.10 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, soi 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.

3.11 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.

3.12 L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

3.13 Dématérialisation des échanges

Dès lors que le souscripteur transmet à l'assureur une adresse de courrier électronique valide, l'assureur pourra délivrer toutes informations et, plus généralement, adresser toutes correspondances quelconques au souscripteur par voie électronique, à savoir, sur le site Internet ou par courrier électronique (e-mail).
Il appartient au souscripteur d'aviser immédiatement l'assureur de tout changement d'adresse e-mail.
Le souscripteur déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par l'assureur sur support électronique sur le site Internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par l'assureur.
Pour conserver un envoi postal, sans frais, le souscripteur pourra adresser sa demande par courrier, en indiquant son identifiant personnel ainsi que son adresse e-mail, à Swiss Life – Service support papier – 1, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 59671 Roubaix Cedex 1.

SwissLife

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

Mod 5935 G – 09.2025 – Création : NS. MAJ : NS / Direction marketing, communication & RSE Swiss Life.

FR232530_03QEZD

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.