

SwissLife Santé
Retraités
Dispositions générales
Notice d'information

Assurance complémentaire santé

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir souscrit à SwissLife Santé Retraités, assurance remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation destinée aux seniors retraités non titulaires d'une activité salariée.

Il vous permet de vous protéger ainsi que votre famille, en cas de maladie ou d'accident.

Votre souscription est composée des documents suivants :

- *Les dispositions générales* qui définissent les conditions d'application de votre contrat, exposent l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elles vous informent sur les risques non couverts et vous indiquent également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.
- *La proposition d'assurance* qui indique la déclaration du risque et les besoins du souscripteur.
- *Les dispositions personnelles* qui personnalisent votre assurance en l'adaptant à votre cas particulier, précisent les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

Nous nous tenons à votre entière disposition pour compléter votre information durant la vie de votre contrat.

Avec Swiss Life, vous bénéficiez de la solidité et du sérieux d'un groupe d'origine suisse, présent en France depuis plus de 110 ans, véritable référence en assurance, épargne, retraite, santé et prévoyance.

A l'écoute et disponibles, nous avons à cœur de vous accompagner dans les grandes étapes de votre vie.

N'hésitez pas à rencontrer régulièrement votre interlocuteur commercial ; il vous guidera dans vos choix et vous aidera à préparer un avenir serein.

Nous nous engageons à répondre au mieux à toutes vos attentes, et souhaitons avoir le plaisir de vous compter durant de longues années au nombre de nos clients.

Cordialement,

Swiss Life
L'avenir commence ici

Sommaire

<i>Chapitre 1. Quelques définitions pour mieux nous comprendre</i>	4
<i>Chapitre 2. Présentation de votre contrat</i>	5
2.1. Informations précontractuelles et contrat	5
2.2. Cadre juridique : Contrat « solidaire » et « responsable »	5
2.3. Objet de votre contrat	5
<i>Chapitre 3. Fonctionnement de votre contrat</i>	6
3.1. Conditions de souscription du contrat	6
3.2. Conclusion du contrat, date d'effet et durée	6
3.3. Personnes assurées	6
3.4. Droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	7
3.5. Résiliation du contrat	8
3.6. Les cotisations	9
3.7. Les réclamations – médiation	9
3.8. Loi informatique et libertés	9
3.9. L'autorité de contrôle	10
3.10. La prescription	10
3.11. La subrogation	10
<i>Chapitre 4. Les garanties</i>	11
4.1. Le remboursement des frais médicaux	11
4.2. Le versement d'indemnités forfaitaires	11
4.3. Les garanties d'assistance	11
4.4. Étendue territoriale	11
4.5. Date d'entrée en vigueur des garanties	12
4.6. Modification des garanties	12
<i>Chapitre 5. Les exclusions et limitations de garanties</i>	13
<i>Chapitre 6. Le règlement des prestations</i>	14
6.1. La procédure simplifiée	14
6.2. La procédure classique	14
6.3. Renseignements complémentaires	14
6.4. Contrôle et expertise	14
6.5. Délais à respecter	14
6.6. Sanctions	14
<i>Chapitre 7. Les textes législatifs cités dans les dispositions générales</i>	15

Chapitre 1

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Accident

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

Assuré(s)

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

Assureur

SwissLife Prévoyance et Santé.

Avenant

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Base de remboursement (BR)

L'ensemble des tarifs de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

On parle de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé 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 les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégorie 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 adhéré aux Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : En adhérant au Contrat d'Accès aux Soins défini 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.

Date d'échéance principale

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

Date d'effet

Date à laquelle débute le contrat. Elle est indiquée sur les 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.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse du souscripteur, ou de l'assuré précisé aux dispositions personnelles.

Echéance

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

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1^{er} 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 CMU complémentaire et de l'Aide médicale de l'État, des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 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.

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.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables qui 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 qui est censé alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

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 à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de votre médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres).

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro 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 6^e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euros 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.

Régime obligatoire

Le régime d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel est obligatoirement affilié l'assuré.

Résiliation

La cessation des effets du contrat.

Sinistre

L'évènement, 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.

Ticket modérateur

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, TR, BR) 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.

Vous

Désigne le souscripteur ou l'assuré.

Chapitre 2

Présentation de votre contrat

2.1. Informations précontractuelles et contrat

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

2.2. 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, 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 :

Interdiction de prise en charge

- Il 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.
- Il ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale.
- Il doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Règles de prise en charge

- Il doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R.322-1 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,
 - de l'homéopathie,
 - des cures thermales.
- Il 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),
- Il doit prévoir un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat,
- Il doit respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique.

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).

En tout état de cause, aucune exclusion (chapitre 5) ne peut être opposée à la prise en charge des frais dans le cadre des obligations de couverture précisées ci-dessus.

2.3. Objet de votre contrat

Le contrat SwissLife Santé Retraités a pour objet de vous garantir le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie et/ou un 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 la formule de garanties souscrite.

Les dépenses remboursées doivent correspondre à des soins ou événements ayant débuté postérieurement à la date d'effet du contrat et durant la période garantie.

Les remboursements dépendent de la formule de garanties choisies et indiquée aux dispositions personnelles. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Vous pouvez également bénéficier de garanties d'assistance si ces garanties sont prévues et mentionnées 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.

Chapitre 3

Fonctionnement de votre contrat

3.1. Conditions de souscription du contrat

Qui peut souscrire ?

Le contrat est réservé aux séniors retraités et non titulaires d'une activité salariée, âgés de 55 ans à 80 ans inclus à la date d'effet du contrat.

Formalités de souscription

Le souscripteur doit remplir, dater et signer une proposition d'assurance comportant les garanties choisies et des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

Déclaration du risque

À la souscription

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

En cours de contrat

Vous devez nous déclarer au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'évènement toutes les modifications suivantes :

- changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès),
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance,
- la cessation ou le changement d'affiliation d'un des assurés au régime obligatoire,
- le changement de domicile ou la fixation hors de France métropolitaine.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée adressée à notre siège social ou à notre représentant conformément aux dispositions de l'article 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.

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 ou résiliation du contrat.**

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

Conclusion du contrat

Le contrat est conclu par l'accord entre le souscripteur et l'assureur. La date de conclusion du contrat est celle des dispositions personnelles qui sont transmises au souscripteur.

Prise d'effet

Le contrat 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.

Durée

Le contrat est conclu pour une durée annuelle. A l'expiration de chaque période annuelle, il est reconduit de plein droit d'année en année, sauf résiliation par vous ou par nous dans les formes et conditions mentionnées à l'article 3.5 «Résiliation du contrat».

3.3. Personnes assurées

Le souscripteur et s'il est désigné aux dispositions personnelles son conjoint retraité et non titulaire d'une activité salariée âgé de 55 ans à 80 ans inclus. Les assurés doivent être affiliés auprès d'un régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

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

	<i>Démarchage à domicile</i>	<i>Vente à distance</i>
<i>Définitions</i>	«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 [...]».	«Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat».
<i>Exécution immédiate du contrat</i>		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.
<i>Modalités et conditions de renonciation</i>	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). Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.	
<i>Modèle de lettre de renonciation</i>	Je soussigné(s) (nom et prénom du souscripteur), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma souscription au contrat SwissLife Santé Retraités 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).	
<i>Perte de la faculté de renonciation</i>	Si le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
<i>Conséquences de la renonciation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. - L'assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. - L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
<i>Articles</i>	<i>L.112-9 du Code des assurances.</i>	<i>L.112-2-1 du Code des assurances et L.121-26 et L.121-26-1 du Code de la consommation</i>

3.5. Résiliation du contrat

Motif de résiliation	Qui peut résilier ?	Forme de la résiliation et conditions	Prise d'effet
Résiliation annuelle (article L.113-12 du Code des assurances)	Le souscripteur ou l'adhérent	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur moyennant un préavis d'au moins deux mois suivant l'échéance anniversaire du contrat.	À l'échéance anniversaire du contrat.
En cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle (article L.113-16 du Code des assurances)	Le souscripteur ou l'adhérent et l'assureur	Pour ce faire, les risques garantis doivent être en relation directe avec la situation antérieure et ne doivent pas se retrouver dans la situation nouvelle. Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception dans les trois mois suivant l'événement.	La résiliation prend effet un mois après sa notification.
En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisations (article L.113-3 du Code des assurances)	L'assureur	Envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, au dernier domicile connu du souscripteur ou l'adhérent, dans les dix jours de la date d'échéance du paiement. Cette action est totalement indépendante de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.	La garantie est suspendue trente jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. La résiliation prend effet quarante jours après l'envoi de cette lettre. Dans ce cas, la totalité de la cotisation annuelle échue vous sera réclamée. Le contrat, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période.
En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L.113-9 du Code des assurances)	L'assureur	Envoi d'une lettre recommandée au dernier domicile connu du souscripteur ou de l'adhérent.	La résiliation prend effet dix jours après notification par l'assureur.
En cas de décès du souscripteur ou de l'adhérent		Résiliation de plein droit.	Si d'autres assurés sont garantis, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.
Révision du tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatés sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties	Le souscripteur	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur dans les trente jours qui suivent la date de notification de la modification.	La résiliation intervient un mois après sa notification. Le souscripteur devra verser la portion de cotisation (calculée sur la base du tarif précédent), au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation.

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.

3.6. Les cotisations

3.6.1. Montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de la cotisation correspondant à la formule choisie et est fixé en fonction de l'âge des assurés à la prise d'effet de la souscription et du lieu du domicile du souscripteur.

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

- de 3 % jusqu'à l'âge de 75 ans,
- de 3,5 % de 76 ans à 80 ans,
- de 4 % à partir de 81 ans.

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

3.6.2. Variation des cotisations

- Les cotisations évoluent à chaque échéance principale du contrat en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

- 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.
- 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.

3.6.3. Révision du tarif

L'assureur peut être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat.

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier le contrat conformément à l'article 3.5 «Résiliation du contrat».

3.6.4. Paiement des cotisations

La cotisation est payable annuellement et d'avance. Nous pouvons accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est alors fait mention aux dispositions personnelles.

3.6.5. 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 3.5 «Résiliation du contrat» en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

3.7. Les réclamations – médiation

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 ou à vous adresser au Service Clients Prévoyance, CS 50003 59897 Lille Cedex, par courrier simple.

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès du service réclamations à l'adresse suivante :

Service Réclamations Prévoyance et Santé
TSA 36003
59781 Lille Cedex.

En dernier recours : le Département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services aient été épuisées.

Ses coordonnées vous seront indiquées par le service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFSA

Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Département Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

3.8. Loi informatique et libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe SwissLife mentionnée sur ce document.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin conseil, 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

3.9. L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

3.10. La 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 *L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances*.

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 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil*.

Les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances et 2240 à 2246 du Code civil peuvent être consultés au chapitre 7 des présentes dispositions générales.

3.11. La subrogation

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

Chapitre 4

Les garanties

Dans les conditions et limites de la formule de garanties choisie, mentionnée 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.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat. 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 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.

Les remboursements des frais médicaux et le versement de forfait sont effectués dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

4.1. Le remboursement des frais médicaux

Selon le niveau de garanties choisi et indiqué aux dispositions personnelles, votre contrat prend en charge :

- Les frais de médecine générale et spécialisée (visites, consultations, déplacements de médecins, soins dispensés par les médecins),
- les actes des auxiliaires médicaux ;
- les médicaments ;
- les analyses et examens de laboratoires ;
- les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- les soins dentaires, la prophylaxie, la parodontologie et la prévention ;
- les inlays et onlays ;
- les prothèses dentaires et inlay-cores ;
- les frais et équipements d'optique (verres + monture) ;
- les appareillages auditifs, orthopédiques et autres prothèses ;
- les interventions chirurgicales ;
- les hospitalisations, y compris le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté ;
- les cures thermales (forfait d'eau et forfait médical).

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux pris en charge par la Sécurité sociale, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

4.2. Le versement d'indemnités forfaitaires

Dans les limites des forfaits choisis et indiqués aux dispositions personnelles, votre contrat prend en charge :

- le remboursement de la chambre particulière, dans les limites du plafond journalier prévu ;
- le remboursement des frais de télévision pendant quinze jours par événement, en cas d'hospitalisation d'un assuré dans les limites du plafond journalier prévu ;
- le versement d'un forfait pour les prothèses dentaires et les implants non pris en charge par le régime obligatoire ;
- le versement d'un forfait par équipement optique (verres + monture). Pour répondre aux critères des contrats « responsables », il est prévu de rembourser un équipement (monture + verres) à compter de la date d'entrée dans le contrat d'un assuré, par période de deux ans d'assurance, sauf en cas d'évolution de la vue où le remboursement pourra être annuel ;
- Le versement d'un forfait pour les lentilles et la chirurgie réfractive ;
- le remboursement de produits pharmaceutiques sur prescription médicale et non remboursés par la Sécurité sociale ;
- les médecines douces non remboursées et réalisées par un praticien diplômé d'état (chiropractie, ostéopathie, acupuncture, d'homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie,), et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique médicale dans la limite de la participation prévue et si elle est prescrite sur ordonnance par un médecin ;
- le versement d'un forfait appareils auditifs en complément de notre remboursement pour les prothèses auditives ;
- le versement d'un forfait pour les autres petits appareillages ;
- le remboursement des actes de dépistage et soins préventifs prévus dans le cadre du «forfait prévention» dans la limite de la participation annuelle mentionnée aux dispositions personnelles. Le contenu du forfait prévention 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 d'un forfait «aide aux frais obsèques» en cas de décès d'un des assurés au contrat.

4.3. Les garanties d'assistance

Vous pouvez bénéficier de garanties d'assistance si elles sont prévues et mentionnées aux dispositions personnelles. Leurs conditions de prise en charge sont précisées dans la «Convention d'assistance santé» jointe à vos dispositions générales.

4.4. Etendue territoriale

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'Etat Français.

4.5. Date d'entrée en vigueur des garanties

Les garanties sont acquises immédiatement sauf en cas d'hospitalisation pour les frais de séjours, les frais d'anesthésie et de chirurgie et les frais de chambre particulière, où elles sont limitées à hauteur des garanties du niveau 4 pendant trois mois pour les niveaux 5 et 6, **sauf en cas d'accident.**

Ces délais d'attente peuvent être abrogés dans les conditions prévues aux dispositions personnelles.

4.6. Modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'à l'échéance anniversaire du contrat.

Chapitre 5

Les exclusions et limitations de garanties

Les maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

- d'un acte intentionnel de l'assuré ;
- de l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ;
- de l'alcoolisme, de l'ivresse ou de la démence ;
- de la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense ;
- de la guerre étrangère, de la guerre civile ;
- de la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage ;
- de cataclysme ;
- de la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiations ionisantes et tout phénomène de radioactivité.

Sont également exclus de la garantie :

- 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 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 pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;
- la pratique des sports mécaniques et aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie).

Chapitre 6

Le règlement des prestations

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

6.1. La procédure simplifiée

6.1.1 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.

6.1.2. Le tiers payant

Une carte de tiers payant peut être délivrée au souscripteur lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires. L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si le souscripteur est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, l'assureur pourra demander au souscripteur le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

Le souscripteur qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

6.2. La procédure classique

Lorsque le souscripteur 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 faits 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.

- **Le dentaire** : la facture détaillée établie par le dentiste.
- **L'aide aux frais d'obsèques** : une copie de l'acte de décès, la facture des frais d'obsèques et une pièce établissant la qualité du bénéficiaire : photocopie du livret de famille, de la carte d'identité, du passeport ou toute autre pièce que nous estimerons nécessaire.
- **La prévention** : les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire.
- **La médecine complémentaire** : les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire.

6.3 Renseignements complémentaires

Notre médecin conseil peut vous demander des renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité ou sur les montants des prestations effectuées ou à effectuer, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement.

6.4 Contrôle et expertise

- Sauf cas de force majeure, l'assuré malade, accidenté ou ayant bénéficié de prestations effectuées doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. L'assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que nous avons mandaté sont à notre charge, l'assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix.
- La décision sera communiquée à l'assuré par notre médecin conseil.
- Si l'assuré ne l'a pas contesté dans les trente jours, le diagnostic du médecin conseil est considéré comme acquis. En cas de désaccord, l'assuré doit transmettre une attestation médicale contradictoire.
- Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les médecins désignent un expert (s'ils n'y parviennent pas, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu du domicile de l'assuré).
- Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.
- Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés moitié par nous, moitié par vous.
- Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

6.5 Délais à respecter

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises trois mois au plus tard après la date des soins.

6.6 Sanctions

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser notre remboursement.

Chapitre 7

Les textes législatifs cités dans les dispositions générales

Article L.112-3 du Code des assurances – Écrit – Langue française – Questionnaire Avenant – Note de couverture

Le contrat d'assurance et les informations transmises par l'assureur au souscripteur mentionnées dans le présent code sont rédigés par écrit, en français, en caractère apparents.

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa concernant l'emploi de la langue française, lorsque, en vertu des articles L. 181-1 et L. 183-1, les parties au contrat ont la possibilité d'appliquer une autre loi que la loi française, les documents mentionnés au premier alinéa du présent article peuvent être rédigés dans une autre langue que le français. Le choix d'une autre langue que le français est effectué d'un commun accord entre les parties et, sauf lorsque le contrat couvre les grands risques définis à l'article L. 111-6, à la demande écrite du seul souscripteur.

Lorsque les parties au contrat n'ont pas la possibilité d'appliquer une autre loi que la loi française, ces documents peuvent toutefois, d'un commun accord entre les parties et à la demande écrite du seul souscripteur, être rédigés dans la langue ou dans l'une des langues officielles de l'Etat dont il est ressortissant.

Lorsque, avant la conclusion du contrat, l'assureur a posé des questions par écrit à l'assuré, notamment par un formulaire de déclaration du risque ou par tout autre moyen, il ne peut se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise.

Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties. Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé individuel ou collectif visant à le mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application du même article. Ce dernier dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur.

Les présentes dispositions ne font pas obstacle à ce que, même avant la délivrance de la police ou de l'avenant, l'assureur et l'assuré ne soient engagés l'un à l'égard de l'autre par la remise d'une note de couverture.

Article L.112-2-1 du Code des assurances – Vente à distance aux consommateurs

[...]

II. 1. 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. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;

2. Toutefois, en ce qui concerne les contrats d'assurance vie, le délai précité est porté à trente jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;

3. Le droit de renonciation ne s'applique pas :

- a) Aux polices d'assurance de voyage ou de bagage ou aux polices d'assurance similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- b) Aux contrats d'assurance mentionnés à l'article L. 211-1 du présent code ;
- c) Aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du consommateur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

III. En temps utile avant la conclusion à distance d'un contrat le souscripteur reçoit les informations suivantes :

1. La dénomination de l'entreprise d'assurance contractante, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture ;
2. Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant au souscripteur de vérifier celle-ci ;
3. La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
4. La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;

5. L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le souscripteur doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;

6. La loi sur laquelle l'assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'assureur s'engage à utiliser, avec l'accord du souscripteur, pendant la durée du contrat ;

7. Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

IV. L'assureur doit également indiquer, pour les contrats d'assurance vie les informations mentionnées à l'article L. 132-5-1, notamment

le montant maximal des frais qu'il peut prélever et, lorsque les garanties de ces contrats sont exprimées en unités de compte, les caractéristiques principales de celles-ci. Dans ce dernier cas, il doit en outre préciser qu'il ne s'engage que sur le nombre des unités de compte et non sur leur valeur qui peut être sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse.

V. Un décret en Conseil d'Etat fixe les informations communiquées au souscripteur en cas de communication par téléphonie vocale.

VI. Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'Autorité de contrôle prudentiel dans les conditions prévues à la section 2 du chapitre unique du titre Ier du livre III.

Les infractions constituées par l'absence matérielle des éléments d'information prévus au III du présent article, ainsi que le refus de l'assureur de rembourser le souscripteur personne physique dans les conditions fixées à l'article L. 121-20-13 du code de la consommation peuvent également être constatées et poursuivies dans les conditions prévues à l'article L. 121-20-17 du même code.

Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

L.112-9 du Code des assurances – Démarchage à domicile – Faculté de renonciation

I. 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 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.

La proposition d'assurance ou le contrat comporte, à peine de nullité, la mention du texte du premier alinéa et comprend un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'entreprise d'assurance est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance 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.

Le présent article n'est applicable ni aux contrats d'assurance sur la vie ou de capitalisation ni aux contrats d'assurance de voyage ou de bagages ni aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois. Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'autorité instituée à l'article L. 612-1 du code monétaire et financier dans les conditions prévues au livre III du présent code.

II. Les infractions constituées par la violation des dispositions du deuxième alinéa et de la deuxième phrase du quatrième alinéa du I sont recherchées et constatées dans les mêmes conditions que les infractions prévues au I de l'article L. 141-1 du code de la consommation. Est puni de 15 000 euros d'amende le fait de ne pas rembourser le souscripteur dans les conditions prévues à la deuxième phrase du quatrième alinéa du I du présent article.

L.113-2 du Code des assurances– Obligations de l'assuré

L'assuré est obligé :

1. De payer la prime ou cotisation aux époques convenues ;
2. De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;
3. De déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus.

L'assuré doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ;

4. De donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés.

Ce délai minimal est ramené à deux jours ouvrés en cas de vol et à vingt-quatre heures en cas de mortalité du bétail.

Les délais ci-dessus peuvent être prolongés d'un commun accord entre les parties contractantes.

Lorsqu'elle est prévue par une clause du contrat, la déchéance pour déclaration tardive au regard des délais prévus au 3° et au 4° ci-dessus ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Elle ne peut également être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

Les dispositions mentionnées aux 1°, 3° et 4° ci-dessus ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

L.113-3 du Code des assurances– Paiement de la prime

La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixes par décret en Conseil d'Etat.

A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour ou ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Les dispositions des alinéas 2 à 4 du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L.113-8 du Code des assurances –

Déclaration du risque, sanctions, nullité

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L.113-9 du Code des assurances –

Déclaration du risque, sanction, réduction proportionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article L.113-12 du Code des assurances – Durée et résiliation du contrat

La durée du contrat et les conditions de résiliation sont fixées par la police.

Toutefois, l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Ce droit appartient, dans les mêmes conditions, à l'assureur. Il peut être dérogé à cette règle pour les contrats individuels d'assurance maladie et pour la couverture des risques autres que ceux des particuliers. Le droit de résilier le contrat tous les ans doit être rappelé dans chaque police. Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L.113-16 du Code des assurances – Résiliation pour modification ou cessation du risque

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties lorsqu'il a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement.

La résiliation prend effet un mois après que l'autre partie au contrat

en a reçu notification.

L'assureur doit rembourser à l'assuré la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation. Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à l'assureur dans les cas de résiliation susmentionnés.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. Elles sont applicables à compter du 9 juillet 1973 aux contrats souscrits antérieurement au 15 juillet 1972.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, et notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés au premier alinéa, est retenue comme point de départ du délai de résiliation.

Article L.121-12 du Code des assurances –

Subrogation de l'assureur

L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur.

L'assureur peut être déchargé, en tout ou en partie, de sa responsabilité envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Délai de prescription

Article L.114-1 du Code des assurances – Durée et computation du délai

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2^e 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 du Code des assurances – Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires 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 avec accusé de réception adressée 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 du Code des assurances- Aménagement conventionnel de la prescription

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

Causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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



L'avenir commence ici.

*SwissLife Prévoyance
et Santé*

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Lenallois-Perret

*SA capital social
de 150 000 000 €*

*Entreprise régie par
le Code des assurances*

322 215 021 RCS Nanterre

www.swisslife.fr