



SwissLife

SwissLife Confort Santé

Dispositions générales
Notice d'information

SwissLife Confort Santé

Madame, Monsieur,

Votre contrat est composé des documents suivants :

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

Sommaire

<i>Chapitre 1</i>	<i>Quelques définitions pour mieux nous comprendre</i>	<i>3</i>
<i>Chapitre 2</i>	<i>Présentation de votre contrat</i>	<i>5</i>
2.1	Informations précontractuelles et contrat	5
2.2	Objet de votre contrat	5
2.3	Étendue territoriale	5
<i>Chapitre 3</i>	<i>Les garanties</i>	<i>6</i>
3.1	Parer aux aléas de la vie	6
3.2	Financer le confort en cas de coup dur	7
3.3	Prévenir pour maîtriser mon bien-être	7
3.4	Financer le bien-être pour vivre mieux et vivre ensemble	8
3.5	Modification des garanties	8
<i>Chapitre 4</i>	<i>Fonctionnement de votre contrat</i>	<i>9</i>
4.1	Qui peut être assuré ?	9
4.2	Vos déclarations	9
4.3	Conclusion du contrat, date d'effet et durée	9
4.4	Résiliation du contrat	10
4.5	Droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	11
<i>Chapitre 5</i>	<i>Les exclusions et limitations de garanties</i>	<i>12</i>
<i>Chapitre 6</i>	<i>Les cotisations</i>	<i>13</i>
6.1	Montant des cotisations	13
6.2	Variation des cotisations	13
6.3	Révision du tarif	13
6.4	Non-paiement des cotisations	13
6.5	Gratuité 3 ^e enfant	13
<i>Chapitre 7</i>	<i>Les autres dispositions</i>	<i>14</i>
7.1	Litiges, réclamations et médiation	14
7.2	Loi informatique et libertés	14
7.3	L'autorité de contrôle	14
7.4	Politique de protection des données	14
7.5	La prescription	14
7.6	La subrogation	15
7.7	Contrôle et expertise	15

Chapitre 1

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

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

Accident

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

Acte de terrorisme

L'assureur se fonde sur l'article 421-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat.

Constituent des actes de terrorisme, lorsqu'elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur, les infractions suivantes :

- 1° les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, l'enlèvement et la séquestration ainsi que le détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport, définis par le livre II du présent code ;
- 2° les vols, les extorsions, les destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique définies par le livre III du présent code ;
- 3° les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous définies par les articles 431-13 à 431-17 et les infractions définies par les articles 434-6 et 441-2 à 441-5 ;
- 4° les infractions en matière d'armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires définies par le I de l'article L. 1333-9, les articles L. 1333-11 et L. 1333-13-2, le II des articles L. 1333-13-3 et L. 1333-13-4, les articles L. 1333-13-6, L. 2339-2, L. 2339-5, L. 2339-8 et L. 2339-9 à l'exception des armes de la 6^e catégorie, L. 2339-14, L. 2339-16, L. 2341-1, L. 2341-4, L. 2341-5, L. 2342-57 à L. 2342-62, L. 2353-4, le 1° de l'article L. 2353-5 et l'article L. 2353-13 du Code de la défense ;
- 5° le recel du produit de l'une des infractions prévues aux 1° à 4° ci-dessus ;
- 6° les infractions de blanchiment prévues au chapitre IV du titre II du livre III du présent code ;
- 7° les délits d'initié prévus à l'article L. 465-1 du Code monétaire et financier.

Assuré(s)

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

Attentat

L'assureur se fonde sur l'article 412-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat. Constitue un attentat le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les institutions de la République ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national.

Avenant

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Brûlure de 3^e degré

Une brûlure est une lésion des tissus provoquée par le contact avec un élément ayant une température élevée qui peut être solide, liquide ou incandescent ; l'électricité ; des rayonnements artificiels ou de l'exposition à des flammes.

Est considérée comme une brûlure du 3^e degré la destruction totale de l'épiderme et du derme.

Date d'échéance principale

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

Date d'effet du contrat

Date à laquelle débute le contrat.

Délai d'attente

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur.

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

Domicile

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

Échéance

Date de paiement de la cotisation qui figure sur l'appel de cotisations.

Événement garanti

Tout événement décrit dans les présentes dispositions générales qui conditionne la mise en œuvre de la garantie.

Fracture

Lésion osseuse consistant en une rupture complète ou incomplète avec ou sans déplacement des fragments.

Est considéré comme fracture au sens de la garantie :

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

Hospitalisation

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou la réalisation d'un acte d'obstétrique.

Licence sportive

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

Luxation

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

Maladies graves

Sont considérées comme maladies graves :

- **infarctus du myocarde** : il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques ;
- **coronaropathie** : sont prises en considération, les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale à « cœur ouvert » avec au moins un double pontage coronarien ;
- **accident vasculaire cérébral** : l'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire

persistant de façon constante plus de quinze (15) jours ;

- *cancer* : toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus. La preuve indiscutable d'un tel phénomène ou l'examen anatomopathologique d'une tumeur maligne doit être fourni. Sont également couverts les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin ;
- *insuffisance rénale* : il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant pour l'assuré la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou une hémodialyse ;
- *greffe d'organe* : sont retenues les greffes d'organes suivantes : la greffe du cœur, du cœur et des poumons, celle du foie, du pancréas ou du rein. La greffe de la moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe.

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

Nous

Désigne l'assureur mentionné aux dispositions personnelles.

Nullité

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

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Lorsque l'assuré est reconnu définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Résiliation

C'est la cessation des effets du contrat.

Souscripteur

La personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

Vous

Désigne le souscripteur ou l'assuré.

Chapitre 2

Présentation de votre contrat

2.1 Informations précontractuelles et contrat

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

2.2. Objet de votre contrat

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

2.3 Étendue territoriale

La garantie s'exerce pour les événements survenus sur le territoire français. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.

Chapitre 3

Les garanties

3.1 Parer aux aléas de la vie

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

Exclusions et limites de garanties

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

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

3.2 Financer le confort en cas de coup dur

Objet des garanties

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

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

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

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

Montant des garanties

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

Entrée en vigueur des garanties hospitalisation et interventions chirurgicales

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

Exclusions

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

Versement de la prestation

L'assuré doit envoyer à l'assureur les originaux des factures de l'établissement hospitalier, et l'original du décompte de la Sécurité sociale française, les notes d'honoraires de chirurgiens, la facture de l'anesthésie ou la facture de l'obstétricien.

Les documents doivent être adressés par courrier à l'attention de SwissLife Prévoyance et Santé – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9 ou en se connectant sur votre espace client MySwissLife.

3.3 Prévenir pour maîtriser mon bien-être

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

L'automédication

Définition de la garantie

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

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

Entrée en vigueur de la garantie

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

Versement de la prestation

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

La prestation est versée par facture présentée et par jour.

Les documents doivent être adressés par courrier à l'attention de SwissLife Prévoyance et Santé – CS 50003 – 59897 Lille Cedex ou en se connectant sur votre espace client MySwissLife.

L'aide à la pratique du sport

Objet et contenu de la garantie

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

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

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

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

Entrée en vigueur de la garantie

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

Versement de la prestation

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

Les documents doivent être adressés par courrier à l'attention de SwissLife Prévoyance et Santé – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9 ou en se connectant sur votre espace client MySwissLife.

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

Objet et contenu de la garantie

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

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

Entrée en vigueur de la garantie

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

Versement

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

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

L'objet de la garantie

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

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

Entrée en vigueur de la garantie

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

Date de l'événement garanti

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

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

Montant de la garantie

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

Cessation de la garantie

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

Versement de la prestation

L'assuré doit fournir à l'assureur :

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

Les documents doivent être adressés par courrier à l'attention de SwissLife Prévoyance et Santé – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9 ou en se connectant sur votre espace client MySwissLife.

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

Conformément à l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, l'assureur est tenu de rappeler expressément les termes suivants de l'article 9 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret précité :

« Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. »

3.5 Modification des garanties

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

Chapitre 4

Fonctionnement de votre contrat

4.1 Qui peut être assuré ?

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

Les personnes assurées seront désignées par les dispositions personnelles.

4.2. Vos déclarations

Formalités de souscription

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

Aucun questionnaire médical n'est à compléter.

Déclaration du risque

À la souscription

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

En cours de contrat

Vous devez nous déclarer :

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

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

- l'ajout ou la suppression d'assurés. L'ajout ou la sortie d'un assuré au contrat ne pourra se faire qu'à l'échéance principale du contrat sauf cas de force majeure dont la preuve incombe à l'assuré (naissance, mariage, divorce, décès) ;

- toute modification des éléments renseignés dans la demande de souscription ;
- la cessation d'affiliation d'un des assurés à un régime obligatoire de Sécurité sociale française ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine.

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

Conséquences de la fausse déclaration

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

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

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

4.3.1. Conclusion du contrat

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

4.3.2. Durée

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

4.4 Résiliation du contrat

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'assureur	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur moyennant un préavis d'au moins deux (2) mois suivant l'échéance principale du contrat.	À l'échéance principale 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 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 (3) mois suivant l'événement.	La résiliation prend effet un (1) mois après sa notification.
En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisations (articles L. 113-3 et R. 113-1 du Code des assurances)	L'assureur	Envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, au dernier domicile connu du souscripteur, dans les dix (10) 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 (40) 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.	La résiliation prend effet dix (10) jours après notification par l'assureur.
En cas de décès du souscripteur		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 (30) 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, les prestations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

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

	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 [...] ».	« Fourniture à distance d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle le cadre d'un système organisé de vente ou de prestation de services à distance, sans la présence physique simultanée du professionnel et du souscripteur par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion du contrat. » « Le souscripteur reçoit, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles [...] ». « L'assureur exécute ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat, lorsque celui-ci a été conclu à la demande du consommateur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable. »
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 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. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale.	
Modèle de lettre de renonciation	Je soussigné (nom et prénom du souscripteur), demeurant à (domicile principal) déclare renoncer au contrat SwissLife Confort Santé n° (numéro de souscription) que j'ai signé le (date). (Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature)	
Perte de la faculté de renonciation	Si le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
Conséquences de la renonciation	● La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. ● L'assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. ● L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.	● Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la renonciation. ● Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.
Articles	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances.

Chapitre 5

Les exclusions et limitations de garanties

5.1 Les exclusions communes à toutes les garanties

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

- Les événements ainsi que leurs suites et conséquences résultant :
 - d'un acte intentionnel ou dolosif de l'assuré, ainsi que ses conséquences, ayant causé et / ou susceptible de causer un dommage à un tiers. Le tiers visé ci-avant s'entend comme toute personne physique ou morale, en ceux y compris toute autorité chargée du maintien de l'ordre et de la sécurité ou les établissements publics ;
 - de l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ou de substances illicites ;
 - de l'alcoolisme, de la démence ;
 - de la guerre étrangère, de la guerre civile, de participation active ou de complicité à tout acte de terrorisme ou attentat, de rixes, d'émeutes ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu ;
 - de cataclysme ;
 - de la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.
- La tentative de suicide de l'assuré.
- Les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour.
- Les traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti.
- Les frais de diététique (hospitalisation et traitements).

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

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

- La conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévue par la réglementation en vigueur.
- La conduite de tout engin par l'assuré s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur.
- La tentative de record, exhibition ou pari.
- Les sauts dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception.
- La pratique d'un sport à titre professionnel.

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

Chapitre 6

Les cotisations

6.1 Montant des cotisations

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

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

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

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

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

6.2 Variation des cotisations

- Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications de l'environnement ou de la réglementation liée à une garantie et / ou toutes modifications législatives et réglementaires. Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance du contrat.
- Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

6.3 Révision du tarif

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

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

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

6.4. Non-paiement des cotisations

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

6.5. Gratuité 3^e enfant

Lorsque trois (3) enfants ou plus, âgé de moins de 19 ans révolus sont assurés au contrat, le troisième enfant et les suivants bénéficient d'une gratuité de leur cotisation. Cet avantage est revu chaque année d'assurance en fonction de l'âge des enfants.

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

Chapitre 7

Les autres dispositions

7.1 Litiges, réclamations et médiation

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 ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes, 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.

7.2 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 Swiss Life 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 la 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.

7.3 L'autorité de contrôle

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

7.4 Politique de protection des données

Notre politique de protection des données à caractère personnel reflète les valeurs de Swiss Life, intègre les évolutions réglementaires, fait partie de nos engagements de tous les jours avec des mesures normées, des règles imposées dans tout le groupe et des sécurités des données physiques et logiques.

Vous pouvez la retrouver sur notre site à l'adresse :

<http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees>

Si vous le souhaitez, nous pourrions vous l'expédier, gratuitement, à l'adresse indiquée dans votre contrat.

7.5 La prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration 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 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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.

Article L. 114-3

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

Causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

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

reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

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

Article 2246 du Code civil

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

7.6 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.

7.7 Contrôle et expertise

- Sauf cas de force majeure, l'assuré malade, accidenté ou ayant bénéficié de prestations effectuées doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous.

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 seule, 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



L'avenir commence ici.

Swiss Life Prévoyance et Santé

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 150 000 000 €

entreprise régie par

le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre

SwissLife Assurance

et Patrimoine

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 169 036 086,38 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

341 785 632 RCS Nanterre

www.swisslife.fr