



SwissLife

SwissLife Santé

Dispositions générales

Notice d'information

Assurance complémentaire santé

Madame, Monsieur,

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

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

Vous ne bénéficiez pas du régime « Madelin »

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

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

Sommaire

I.	Quelques définitions pour mieux nous comprendre	4
II.	Les garanties d'assurance	6
2.1	Cadre juridique : contrat « solidaire » et « responsable »	6
2.2	Objet du contrat	6
2.3	Ce que garantit le contrat	6
	2.3.1 <i>Le remboursement des frais médicaux</i>	6
	2.3.2 <i>Les services complémentaires</i>	6
2.4	Entrée en vigueur des garanties	8
2.5	Assurance du nouveau-né	8
2.6	Étendue territoriale des garanties	8
III.	La vie du contrat	9
3.1	Conditions de souscription du contrat	9
	3.1.1 <i>À la souscription ou à l'adhésion</i>	9
	3.1.2 <i>En cours de contrat</i>	9
	3.1.3 <i>Conséquences de la fausse déclaration</i>	9
3.2	Conclusion et prise d'effet	9
	3.2.1 <i>Conclusion du contrat</i>	9
	3.2.2 <i>Prise d'effet</i>	9
	3.2.3 <i>Durée</i>	9
3.3	Résiliation	10
3.4	Droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	11
3.5	Les cotisations	12
	3.5.1 <i>Montant des cotisations</i>	12
	3.5.2 <i>Variation des cotisations</i>	12
	3.5.3 <i>Révision du tarif</i>	12
	3.5.4 <i>Paiement des cotisations</i>	12
	3.5.5 <i>Non-paiement des cotisations</i>	12
3.6	Règlement des prestations	12
	3.6.1 <i>La procédure simplifiée</i>	12
	3.6.2 <i>La procédure classique</i>	12
3.7	Renseignements complémentaires	12
3.8	La subrogation	12
3.9	Prescription	12
3.10	Protection des données à caractère personnel	14
3.11	Litiges, réclamations et médiation	14
3.12	L'autorité de contrôle	14

I. Quelques définitions pour mieux nous comprendre

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

Accident

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

Adhérent

La personne signant le bulletin d'adhésion et désignée au certificat d'adhésion.

Assuré(s)

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

Avenant

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

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

Catégories de médecin

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Médecin conventionné en secteur 1

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 2

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Médecin non conventionné

Il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Date d'échéance principale

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

Date d'effet

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

Dépassement d'honoraires

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

Dispositions personnelles

Désignent également le certificat d'adhésion.

Domicile

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

Échéance

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

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.

Maternité

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

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des régimes obligatoires et complémentaires.

Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

Nous

Désigne l'assureur mentionné aux dispositions personnelles

Nullité

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

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 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.

Parcours de soins

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés « normalement ». Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

Période de garantie

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

Régime obligatoire

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

Résiliation

C'est la cessation des effets du contrat ou de l'adhésion.

Sinistre

L'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 - TM

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport

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

Vous

Désigne le souscripteur, l'adhérent ou l'assuré.

II. Les garanties d'assurance

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

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ».

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé aux assurés ni lors de la souscription ou de l'adhésion, ni en cours de contrat et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

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

Interdiction de prise en charge

Le contrat :

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

Règles de prise en charge

Le contrat :

- doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion :
 - des médicaments remboursés par l'assurance maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale ;
 - de l'homéopathie ;
 - des cures thermales ;
- doit prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux) ;
- doit prévoir un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat ;
- doit respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique ;
- doit respecter le plafond prévu en cas des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), anciennement libellé contrat d'accès aux soins (CAS). La prise en charge ne pourra pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes : 100 % du tarif de responsabilité et le montant de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins souscripteurs minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.
- ne doit pas laisser à l'assuré un reste à charge sur les dépenses de santé entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé (dans la limite des prix limites de vente et honoraires libres de facturation) ;
- l'assuré doit pouvoir bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les garanties prévues pour les contrats responsables au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

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

2.2 Objet du contrat

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

- maladie ;
- maternité ;
- accident,

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

Ne sont pas pris en charge par l'assureur les frais de soins facturés à l'assuré après la date de résiliation ou de cessation du contrat.

Les frais engagés doivent faire l'objet d'une prescription et avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un remboursement s'ils sont prévus aux dispositions particulières.

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

Les remboursements dépendent des garanties choisies et indiquées aux dispositions personnelles. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Vous pouvez également bénéficier de garanties d'assistance si cette garantie est prévue et mentionnée aux dispositions personnelles.

Leurs conditions de prise en charge sont précisées dans la convention d'assistance santé dont la référence est mentionnée aux dispositions personnelles.

2.3 Ce que garantit le contrat

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées aux dispositions personnelles et reprise au tableau de garanties, le contrat garantit :

- le remboursement des frais médicaux ;
- le versement d'indemnités forfaitaires ;
- la mise en œuvre des services d'assistance.

2.3.1 Le remboursement des frais médicaux

L'hospitalisation

- les frais de séjour ;
- les interventions chirurgicales ;
- les actes d'anesthésie et d'obstétrique ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté ;
- le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- la chambre particulière pour une durée illimitée ;
- le remboursement des frais de télévision pendant quinze jours par événement, en cas d'hospitalisation ;
- le remboursement des frais d'accompagnement, en cas d'hospitalisation d'un assuré accompagné par son conjoint ou un enfant dans les limites du plafond journalier prévu ;
- le versement d'une allocation forfaitaire à l'assuré(e) par maternité ou par adoption et par enfant ;
- la participation forfaitaire sur les actes techniques ou lourds égaux ou supérieurs à un montant fixé par décret.

Sont exclus de la garantie hospitalisation les séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

Sont exclus les frais de chambre particulière liés à une hospitalisation en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique ou gériatrie.

Le dentaire

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

L'optique

- les verres ;
- La monture ;
- les lentilles cornéennes remboursés ou non par la Sécurité sociale ;
- La chirurgie réfractive.

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », il est prévu de rembourser un équipement (monture + 2 verres), par période de deux ans d'assurance à compter de la date de facturation de l'équipement optique. Pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie réglementairement), le remboursement pourra être annuel.

La médecine courante

- les consultations et visites ;
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- les analyses et examens de laboratoires ;
- les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM) ;
- les médecines douces non remboursées (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie,) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin.

La pharmacie

- les médicaments remboursés par la Sécurité sociale.

Les prothèses et les appareillages

- les prothèses orthopédiques et capillaires ;
- le versement d'un forfait annuel et par bénéficiaire pour les prothèses capillaires remboursées par Sécurité sociale.

Les cures thermales

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

Les aides auditives

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

À compter de votre échéance anniversaire de 2021 et pour répondre aux critères des contrats « responsables », il est prévu de rembourser un équipement auditif par oreille par période de quatre ans à compter de la date de facturation de l'équipement.

La prévention

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

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

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

2.3.2 Les services complémentaires

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

Les services proposés par Carte Blanche Partenaires

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

La dispense d'avance de frais (tiers payant)

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

Les services proposés par Filassistance

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

L'assistance santé comprend notamment :

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

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

2.4 Entrée en vigueur des garanties

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

Pour les garanties « Hospitalisation y compris maternité »

Les garanties sont acquises immédiatement pour les niveaux 1, 2, 3, 4, 5, 6. **Pour les niveaux 7, 8, 9 les garanties sont limitées à hauteur du niveau 6 pendant trois mois, sauf en cas d'accident.**

Pour les garanties optique, dentaire, médecine courante et pharmacie

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

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

Les délais d'attente sur SwissLife Santé peuvent être abrogés en cas de reprise à la concurrence, dans les conditions prévues aux dispositions personnelles à hauteur de la garantie précédente et à condition qu'il n'y ait pas eu d'interruption entre les deux contrats.

2.5 Assurance du nouveau-né

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

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

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

2.6 Étendue territoriale des garanties

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

III. La vie du contrat

3.1 Conditions de souscription du contrat

3.1.1 Qui peut souscrire ?

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

3.1.2 À la souscription ou à l'adhésion

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

3.1.3 En cours de contrat

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

- changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès) ;
- cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au régime obligatoire ;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine ;
- la souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à notre siège social ou à notre représentant conformément aux dispositions de l'article L. 113-2 du Code des assurances.

La circonstance nouvelle doit être déclarée par l'assuré dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

3.1.4 Conséquences de la fausse déclaration

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

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

3.2 Conclusion et prise d'effet

3.2.1 Conclusion du contrat

Le contrat ou l'adhésion est conclu par l'accord entre le souscripteur ou l'adhérent, l'assureur. La date de conclusion du contrat ou de l'adhésion est celle indiquée aux dispositions personnelles qui sont transmises au souscripteur ou l'adhérent.

3.2.2 Prise d'effet

Le contrat ou l'adhésion produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée aux dispositions personnelles. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat ou à l'adhésion.

3.2.3 Durée

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

3.3 Résiliation

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 de 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 ou l'adhérent	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 ou l'adhérent 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.

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

3.5 Les cotisations

3.5.1 Montant des cotisations

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

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

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

3.5.2 Variation des cotisations

● Les cotisations évoluent à chaque échéance principale du contrat ou de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

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

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

3.5.3 Révision du tarif

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

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

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier le contrat conformément à l'article 3.3 « Résiliation ».

3.5.4 Paiement des cotisations

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

3.5.5 Non-paiement des cotisations

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

3.6 Règlement des prestations

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

3.6.1 La procédure simplifiée

La télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous

ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant. Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations du régime obligatoire.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser sur la proposition d'assurance ou le notifier par écrit à notre siège social ou à votre Appui Commercial Régional. Le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.

L'utilisation de l'attestation de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si le contrat et l'adhésion sont encore en vigueur au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de cette carte, l'assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des montants réglés auprès des professionnels de santé consultés.

Dès lors que l'adhérent cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties, il s'engage à restituer immédiatement sa carte.

3.6.2 La procédure classique

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

- la médecine courante : les décomptes originaux des prestations des régimes obligatoires ;
- l'hospitalisation : les ordonnances, les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires de chirurgiens ; les factures de frais de télévision ; les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire ;
- l'optique : la facture détaillée établie par l'opticien. Pour le renouvellement annuel de l'équipement en cas d'évolution de la vue :
 - la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, accompagnée de la prescription initiale ;
 - ou la prescription médicale initiale avec corrections apportées par l'opticien ;
- le dentaire : la facture détaillée établie par le dentiste ;
- la prévention : les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire ;
- la médecine complémentaire : les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire.

3.7 Renseignements complémentaires

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

3.8 La subrogation

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

3.9 Prescription

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

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

Délai de prescription

Article L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration 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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

3.10 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité filiale de la holding Swiss Life France (dénommée groupe Swiss Life France) mentionnée sur ce document.

Les données collectées sont utilisées par les sociétés d'assurance du groupe Swiss Life France, à savoir SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens :

- pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ;
- pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Vos données sont également transmises entre les trois sociétés d'assurance du groupe, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs mandataires, partenaires et réassureurs ou organismes habilités au sein du groupe Swiss Life France pour les besoins de ces opérations.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de votre contrat.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime.

Vous pouvez également vous opposer à recevoir par SMS et e-mail des offres commerciales de la part des trois sociétés d'assurance du groupe Swiss Life France (SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens) pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez vous adresser à la direction gouvernance et qualité de la donnée : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil. Vous pouvez également écrire à notre délégué à la protection des données (DPO) : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret (DPOswisslife@swisslife.fr)

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, vous pouvez vous adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Notre politique de protection des données à caractère personnel incarne les valeurs essentielles de Swiss Life : l'attention, la sérénité et la fiabilité. Elle se traduit au quotidien par la mise en œuvre de mesures, de normes et de règles strictes pour en assurer la sécurité physique et logique, conformément aux évolutions réglementaires. Vous pouvez en prendre connaissance sur notre site Internet : <http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees> ou demander que le document vous soit envoyé à l'adresse e-mail que vous nous indiquerez.

3.11 Litiges, réclamations et médiation

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

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations :

SwissLife Prévoyance et Santé
Service réclamations
TSA 36003
59781 Lille Cedex

En dernier recours : la Médiation de l'Assurance

La Médiation de l'Assurance 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.

3.12 L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.



SwissLife 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.