



SwissLife

SwissLife Santé

Retraités

Dispositions générales

Notice d'information

Assurance complémentaire santé

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir souscrit à SwissLife Santé Retraités, assurance permettant le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation destinée aux seniors retraités n'exerçant plus d'activité professionnelle. Il vous permet de vous protéger ainsi que votre famille, en cas de maladie ou d'accident.

Votre souscription est composée des documents suivants :

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

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

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

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

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

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

Cordialement.

Sommaire

I. Quelques définitions pour mieux nous comprendre	3	IV. Les garanties	12
II. Présentation de votre contrat	5	4.1. Le remboursement des frais médicaux	12
2.1 Informations précontractuelles et contrat	5	4.2. Le versement d'indemnités forfaitaires	12
2.2. Cadre juridique : contrat « solidaire » et « responsable »		4.3. Les services complémentaires	13
2.3 Objet du contrat	5	4.4. Étendue territoriale	13
III. Fonctionnement de votre contrat	6	4.5. Date d'entrée en vigueur des garanties	13
3.1. Conditions de souscription du contrat	6	4.6. Modification des garanties	13
3.2. Conclusion du contrat, date d'effet et durée	6	V. Le règlement des prestations	14
3.3. Personnes assurées	6	5.1 La procédure simplifiée	14
3.4. Droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	7	5.2 La procédure classique	14
3.5. Résiliation du contrat	8	5.3 Renseignements complémentaires	14
3.6. Les cotisations	9		
3.7. Les réclamations – Médiation	9		
3.8. Protection des données à caractère personnel	9		
3.9. L'autorité de contrôle	10		
3.10. La prescription	10		
3.11. La subrogation	11		

I. Quelques définitions pour mieux nous comprendre

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

Accident

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

Assuré(s)

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

Assureur

SwissLife Prévoyance et Santé.

Avenant

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Base de remboursement (BR)

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

On parle de :

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

Catégorie de médecins

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

Médecin conventionné en secteur 1

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

Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

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

Médecin conventionné en secteur 2

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

Médecin conventionné ayant 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 et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Date d'effet

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

Dépassement d'honoraires

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

Domicile

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

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.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

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

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

Nous

Désigne l'assureur mentionné aux dispositions personnelles.

Nullité

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

Parcours de soins

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

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euros par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Perte d'autonomie

La perte d'autonomie physique de l'assuré qui le rend définitivement incapable d'effectuer seul les actes élémentaires de la vie courante : se laver, s'habiller, se déplacer et s'alimenter ou la perte d'autonomie due à la maladie d'Alzheimer ou la démence sénile invalidante.

Régime obligatoire

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

Résiliation

La cessation des effets du contrat.

Sinistre

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

Souscripteur

La personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

Ticket modérateur

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

Transport

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

Vous

Désigne le souscripteur ou l'assuré.

II. Présentation de votre contrat

2.1. Informations précontractuelles et contrat

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

2.2. Cadre juridique : contrat « solidaire » et « responsable »

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

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

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

Interdiction de prise en charge

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 au 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, prévue 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 ;
- 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 ;
- 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).

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).

2.3. Objet de votre contrat

Le contrat SwissLife Santé Retraités a pour objet de vous garantir le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie et / ou un accident, constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties, en complément des prestations versées par votre régime obligatoire ou de prestations non couvertes par votre régime obligatoire mais prévues par la formule de garanties souscrite.

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

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

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

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

III. Fonctionnement de votre contrat

3.1. Conditions de souscription du contrat

Qui peut souscrire ?

Le contrat est réservé aux seniors retraités n'exerçant plus d'activité professionnelle, âgés de 55 ans à 80 ans inclus à la date d'effet du contrat.

Formalités de souscription

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

Déclaration du risque

À la souscription

Le contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation est fixée en conséquence.

Vous devez répondre à la souscription avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance.

En cours de contrat

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

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

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée 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.

Conséquences de la fausse déclaration

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

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

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

Conclusion du contrat

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

Prise d'effet

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

Durée

Le contrat est conclu pour une durée annuelle. 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 mentionnées à l'article 3.5 « Résiliation du contrat ».

3.3. Personnes assurées

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

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 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 ou commerciale.	
Modèle de lettre de renonciation	Je soussigné (<i>nom et prénom du souscripteur</i>), demeurant à (<i>domicile principal</i>) déclare renoncer au contrat SwissLife Santé Retraités n° (<i>numéro de souscription</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 procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. ● L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la renonciation. ● Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.
Articles	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances.

3.5 Résiliation du contrat

Motif de résiliation	Qui peut résilier ?	Forme de la résiliation et conditions	Prise d'effet
Résiliation annuelle (article L.113-12 du Code des assurances)	Le souscripteur ou l'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 du contrat, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

3.6. Les cotisations

3.6.1. Montant des cotisations

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

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

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

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

3.6.2. Variation des cotisations

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

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

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

3.6.3. Révision du tarif

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

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat. Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier le contrat conformément à l'article 3.5 « Résiliation du contrat ».

3.6.4. Paiement des cotisations

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

3.6.5. Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 3.5 « Résiliation du contrat » en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

3.7. Les réclamations – Médiation

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.

3.8. 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'assurances 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'assurances 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'assurances 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.

3.9. L'autorité de contrôle

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

3.10. La prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles 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 adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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>)

3.11. 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.

IV. Les garanties

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

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

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et la date de facturation de l'équipement pour l'optique.

Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

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

4.1. Le remboursement des frais médicaux

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

- les frais de médecine générale et spécialisée (visites, consultations, déplacements de médecins, soins dispensés par les médecins) ;
- les actes des auxiliaires médicaux ;
- les médicaments ;
- les analyses et examens de laboratoires ;
- les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- les soins dentaires, la prophylaxie, la parodontologie et la prévention ;
- les inlays et onlays ;
- les prothèses dentaires et inlay-cores ;

Les garanties dentaires remboursées sont majorées dans les conditions et limites précisées dans les dispositions personnelles à compter de la 3^e année et de la 5^e année d'assurance dans le contrat. Cette majoration est réalisée sur le taux de garantie de la 1^{re} année.

- les frais et équipements d'optique (verres + monture) ;
- les appareillages auditifs, orthopédiques et autres prothèses ;

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.

- les interventions chirurgicales ;
- les hospitalisations, y compris le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté ;
- les cures thermales (forfait d'eau et forfait médical) ;
- la participation forfaitaire sur les actes techniques ou lourds égaux ou supérieurs à un montant fixé par décret.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux pris en charge par la Sécurité sociale, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), de la Liste des produits et prestations (LPP) et de la Table nationale de biologie (TNB).

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.

4.2. Le versement d'indemnités forfaitaires

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

- le remboursement de la chambre particulière, dans les limites du plafond journalier prévu ;

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

- le remboursement des frais de télévision pendant quinze jours par événement, en cas d'hospitalisation d'un assuré dans les limites du plafond journalier prévu ;
- le versement d'un forfait pour les prothèses dentaires et les implants non pris en charge par le régime obligatoire ;
- le versement d'un forfait par équipement optique complet (2 verres + monture).

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », il est prévu de rembourser un équipement complet (monture + 2 verres) à compter de la date de facturation de l'équipement optique, par période de deux ans d'assurance. En cas d'évolution de la vue (telle que définie réglementairement), le remboursement pourra être annuel. Le remboursement de la monture est plafonné à 100 euros ;

- le versement d'un forfait pour les lentilles et la chirurgie réfractive ;

lorsque le contrat prévoit une garantie équipement optique au-delà des tarifs de responsabilité : le montant de la garantie équipement optique est majoré dans les conditions et limites précisées dans les dispositions personnelles à compter de la 3^e année et de la 5^e année d'assurance dans le contrat. Cette majoration est réalisée sur le montant de garantie de la 1^{re} année.

- le remboursement de produits pharmaceutiques sur prescription médicale et non remboursés par la Sécurité sociale ;
- les médecines douces non remboursées et réalisées par un praticien diplômé d'état (chiropractie, ostéopathie, acupuncture, d'homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie,), et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique médicale dans la limite de la participation prévue et si elle est prescrite sur ordonnance par un médecin ;
- le versement d'un forfait appareils auditifs en complément de notre remboursement pour les prothèses auditives ;
- le versement d'un forfait pour les autres petits appareillages ;
- le remboursement des actes de dépistage et soins préventifs prévus dans le cadre du « forfait prévention » dans la limite de la participation annuelle mentionnée aux dispositions personnelles. Le contenu du forfait prévention peut évoluer, des actes peuvent être ajoutés ou enlevés, selon les évolutions législatives ou réglementaires et en fonction du progrès médical en matière de prévention ;
- le versement d'un forfait « aide aux frais obsèques » en cas de décès d'un des assurés au contrat ;
- le remboursement des frais d'accompagnement pendant quinze jours par événement et dans les limites du plafond journalier prévu aux dispositions personnelles ;
- le versement d'un capital perte d'autonomie à l'assuré.
Pour bénéficier du capital perte d'autonomie, l'assuré doit être incapable d'effectuer seul des actes élémentaires de la vie courante :
 - se laver : c'est-à-dire faire tous les actes de sa toilette nécessaire à maintenir un niveau d'hygiène correct ;
 - s'alimenter : c'est-à-dire prendre ses repas préparés et servis à table ;
 - s'habiller : c'est-à-dire se vêtir et se dévêtir ;
 - se déplacer, dans le lieu de résidence habituel.

Le forfait sera versé à l'assuré dont l'état de santé consolidé, permanent et irréversible, et reconnu médicalement à l'issue du délai d'attente prévu par l'article 4.5 et répond à l'une des conditions suivantes :

- quand l'assuré est dans l'incapacité physique totale et permanente d'accomplir seul au moins 3 des 4 actes élémentaires de la vie courante : se laver, s'alimenter, s'habiller, se déplacer ;
- ou quand l'assuré est atteint de démence sénile invalidante ou de la maladie d'Alzheimer médicalement constatée après examen des résultats des tests psychotechniques de Blessed (score inférieur ou égal à 15 sur l'échelle A de ce test) et que son état justifie d'une manière constante et définitive de l'assistance d'une tierce personne, complétant les services de soins à domicile prise en charge par le régime d'assurance maladie de l'assuré ou l'hospitalisation dans un centre de long séjour prise en charge par le régime d'assurance maladie de l'assuré.

La perte d'autonomie constatée avant la fin du délai d'attente ou avant la date de prise d'effet du contrat ne donne pas droit au versement du capital perte d'autonomie.

4.3. Les services complémentaires

Vous pouvez bénéficier :

- des engagements de modération tarifaire, auprès des opticiens, chirurgiens-dentistes ainsi que chez les audioprothésistes, ostéopathes et diététiciens partenaires de Carte Blanche Partenaires ;
- 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.cartelblanchepartenaires.fr, de participer à des programmes de prévention tels que le coaching arrêt du tabac ou coaching nutrition, de participer également à des enquêtes sur vos attentes et besoins en matière de santé.

Pour connaître les professionnels de santé partenaires de Carte Blanche

Partenaires, il vous suffit d'appeler le numéro figurant sur votre attestation de tiers payant, ou de consulter votre *Espace Client MySwissLife* muni de votre identifiant et mot de passe.

Vous demeurez naturellement libre de consulter un professionnel de santé hors du réseau Carte Blanche Partenaires, hors des conditions spécifiques liées à ce partenariat.

4.4. Étendue territoriale

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

4.5. Date d'entrée en vigueur des garanties

Les garanties sont acquises immédiatement **sauf en cas d'hospitalisation pour les frais de séjours, les frais d'anesthésie et de chirurgie, les frais d'accompagnement et les frais de chambre particulière, où elles sont limitées à hauteur des garanties du niveau 5 pendant trois mois pour les niveaux 5, 6, 7 ou 8 avec ou sans module Retraité +, sauf en cas d'accident.**

Ces délais d'attente peuvent être abrogés si l'assuré justifie d'une couverture identique et antérieure de moins de deux mois.

La garantie capital perte d'autonomie est acquise après un délai d'attente de 12 mois par assuré.

4.6. Modification des garanties

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

V. Le règlement des prestations

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

5.1. La procédure simplifiée

5.1.1 La télétransmission

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

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant.

Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations du régime obligatoire.

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

5.1.2. Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée au souscripteur 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 la souscription sont encore en vigueur au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de cette carte, l'assureur pourra demander au souscripteur le remboursement des montants réglés auprès des professionnels de santé consultés. Dès lors que le souscripteur cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties, vous vous engagez à restituer immédiatement votre carte.

5.2. La procédure classique

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

- **la médecine courante** : les décomptes originaux des prestations des régimes obligatoires ;

- **l'hospitalisation** : les ordonnances, les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires de chirurgiens ; les factures de frais de télévison ; les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire ;
- **l'optique** : la facture détaillée établie par l'opticien. Pour le renouvellement annuel de l'équipement en cas d'évolution de la vue :
 - la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, accompagnée de la prescription initiale ;
 - ou la prescription médicale initiale avec corrections apportées par l'opticien ;
- **le dentaire** : la facture détaillée établie par le dentiste ;
- **l'aide aux frais d'obsèques** : une copie de l'acte de décès, la facture des frais d'obsèques et une pièce établissant la qualité du bénéficiaire : photocopie du livret de famille, de la carte d'identité, du passeport ou toute autre pièce que nous estimerons nécessaire ;
- **la prévention** : les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire ;
- **la médecine complémentaire** : les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire ;
- **le capital perte d'autonomie** : l'assuré réalise une demande de prestation en envoyant le formulaire « Demande de prestation capital perte d'autonomie » dûment complété par le médecin traitant ou hospitalier (retrouvez ce formulaire en vous connectant sur votre *Espace Client MySwissLife*), accompagné du dossier médical avec compte rendu d'hospitalisation et résultats d'examens complémentaires. En cas d'affection d'origine neuropsychiatrique, des résultats précis des tests psychotechniques doivent en outre être communiqués (test « Mini Mental State Examination » de Folstein ou Blessed Test).

Ces documents doivent être envoyés sous pli confidentiel à l'attention de monsieur le médecin-conseil de Swiss Life – Swiss Life CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9.

5.3 Renseignements complémentaires

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

Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement.



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
www.swisslife.fr