



SwissLife

SwissLife Prévoyance Entreprises +

Notice d'information du contrat santé

SwissLife Prévoyance Entreprises + *Votre notice d'information santé*

La notice d'information, remise par votre employeur vous permet de connaître le contenu des garanties santé souscrit par votre entreprise et d'apprécier le confort de services performants.

Elle est accompagnée du certificat d'adhésion personnalisé à votre nom et celui de votre entreprise.

Ce certificat précise les spécificités retenues par votre entreprise, notamment la nature et les montants des garanties dont vous bénéficiez.

Si vous souhaitez obtenir des informations plus détaillées sur vos garanties, votre employeur peut mettre à votre disposition le contrat souscrit auprès de l'assureur.

Votre contrat santé est souscrit auprès de :

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.

Sommaire

<i>Chapitre 1</i>	<i>Quelques définitions pour mieux nous comprendre</i>	<i>4</i>
<i>Chapitre 2</i>	<i>Les dispositions relatives au contrat</i>	<i>6</i>
2.1	Présentation du contrat	6
2.2	Cadre juridique : contrat « solidaire » et « responsable »	6
2.3	Objet du contrat	6
2.4	Obligations de votre entreprise	6
2.5	Révision du contrat	6
<i>Chapitre 3</i>	<i>Les dispositions relatives à votre adhésion</i>	<i>7</i>
3.1	Conditions d'adhésion	7
3.2	Bénéficiaires des garanties	7
3.3	Choix de votre formule de garanties	7
3.4	Début de vos garanties	7
3.5	Suspension de vos garanties	7
3.6	Cessation de votre adhésion	7
3.7	Cessation de vos garanties	7
3.8	Maintien de vos garanties santé	7
<i>Chapitre 4</i>	<i>Les dispositions relatives à vos garanties</i>	<i>9</i>
4.1	Nature et base de vos prestations	9
4.2	Contenu de vos garanties	9
4.3	Les services complémentaires	10
4.4	Étendue territoriale des garanties	10
<i>Chapitre 5</i>	<i>Le règlement des prestations</i>	<i>11</i>
5.1	Procédure simplifiée	11
5.2	Procédure classique	11
5.3	Expertise	11
<i>Chapitre 6</i>	<i>Les cotisations relatives à l'extension de couverture à vos ayants droit et / ou aux formules optionnelles</i>	<i>12</i>
6.1	Assiette des cotisations	12
6.2	Évolution des cotisations	12
6.3	Païement des cotisations	12
6.4	Non-païement des cotisations	12
<i>Chapitre 7</i>	<i>Les autres dispositions</i>	<i>13</i>
7.1	Litiges, réclamations et médiation	13
7.2	Subrogation	13
7.3	Protection des données à caractère personnel	13
7.4	Prescription	14
7.5	L'autorité de contrôle	15
7.6	Dématérialisation des échanges	15

Chapitre 1

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, l'assureur a défini certains termes fréquemment utilisés.

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

Adhérent : le membre du personnel, qui par son statut, est assuré pour les garanties souscrites par l'entreprise contractante dans le cadre du contrat. L'adhérent appartient à la catégorie de personnel à assurer de l'entreprise contractante au profit de laquelle cette dernière a souscrit le contrat.

An (par) : désigne l'année civile.

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé.

Ayants droit : désigne sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat :

- le conjoint de l'adhérent bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;
- les enfants à la charge de l'adhérent ou de son conjoint.

Base de remboursement – BR : l'ensemble des tarifs de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est conclu le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues.

Catégories 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.

Chambre particulière : prestation proposée par les établissements de santé qui permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturée au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est toutefois pas facturée lorsque la prescription médicale impose l'isolement, par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Elle peut être prise en charge dans le cadre des garanties du contrat, pour autant qu'elle soit prévue dans le tableau des garanties, à hauteur du montant journalier qui y figure.

Conjoint : on entend par conjoint :

- l'époux(se) de l'adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin de l'adhérent.

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

Dépassement d'honoraires : partie des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Déchéance : c'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'adhérent de certaines dispositions du contrat.

Enfants : sont considérés comme tels les enfants à charge de l'adhérent ou de son conjoint, à condition toutefois :

- qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ;
- ou qu'ils aient moins de 28 ans, et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par un régime de Sécurité sociale, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ;
- ou qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55 % du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;

ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Entreprise : la personne morale qui, au travers de son représentant légal dûment habilité, a souscrit le contrat au profit des membres de son personnel relevant de la catégorie de personnel mentionnée au certificat d'adhésion.

Établissements médico-sociaux : établissements assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Frais d'accompagnement : ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition, au sein de l'hôpital ou de la clinique, d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Franchise médicale : en vigueur depuis le 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 complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes dès le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement).

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.

Honoraire limite de facturation (HLF) : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

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

Le tarif de responsabilité – TR : tarif de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul du remboursement des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Le tarif de convention – TC : tarif de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul des remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

Le tarif d'autorité – TA : tarif de base utilisé par le régime obligatoire, 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.

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 couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Médecin correspondant : le médecin vers lequel le médecin traitant peut orienter un patient, pour lui demander un avis, effectuer des soins dans le cadre d'un protocole de soins, ou pour prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessités par son état de santé.

Médecin traitant : le médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale : elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements du régime obligatoire et complémentaire.

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.

Parcours de soins : 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 du 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).

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 complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'État (AME).

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

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

Plafond annuel de la Sécurité sociale – PASS : il s'agit du plafond annuel des cotisations de la Sécurité sociale, égal à 12 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale – PMSS : la Sécurité sociale a mis en place un salaire mensuel de référence, appelé « plafond mensuel de la Sécurité sociale », qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son montant est fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

Prix limite de vente (PLV) : le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Régime obligatoire – RO : le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel est affilié l'adhérent.

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

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 : il s'agit du 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'adhérent garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Vous : désigne l'adhérent.

Chapitre 2

Les dispositions relatives au contrat

2.1 Présentation du contrat

Le contrat SwissLife Prévoyance Entreprises + est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, spécifiquement conçu pour répondre aux attentes et aux besoins des petites et moyennes entreprises.

La loi applicable au contrat est la loi française et notamment le Code des assurances. En accord avec votre employeur, nous nous engageons à utiliser, pendant toute la durée du contrat, 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 ». De ce fait, il peut bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

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

Interdictions de prise en charge

Le contrat :

- ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues 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, 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 ;
 - des cures thermales ;
- doit prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait 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 de reste à charge à l'assuré pour les postes optiques, prothèses dentaires et auditives, lorsque les équipements choisis et facturés répondent aux obligations réglementaires de prises en charge afférentes aux contrats responsa-

bles ;

- l'assuré doit pouvoir bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les garanties prévues pour les contrats responsables au moins à hauteur des tarifs de responsabilité ;
- doit prendre en charge au moins deux actes de prévention ou de dépistage fixés par arrêté du 8 juin 2006 à hauteur du ticket modérateur.

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 par l'entreprise souscriptrice qui entraîne alors la résiliation du contrat entreprise, le produit étant par nature un contrat responsable (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).

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

2.3 Objet du contrat

Votre entreprise a souscrit un contrat qui a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé définies au chapitre 4 au profit des membres du personnel appartenant à la catégorie à assurer définie au certificat d'adhésion.

Ce contrat est à adhésion obligatoire, par conséquent, vous devez y adhérer dès sa souscription sous réserve des cas de dispenses prévus par la réglementation.

Le contrat est composé d'une formule de garanties de base obligatoire et peut-être complété au choix de votre employeur par une ou plusieurs formules optionnelles. Dans ce cas, et conformément à l'article 3.3 « Choix de votre formule de garanties », vous aurez à choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation personnelle.

Le contrat est complété par des garanties assistance santé.

2.4 Obligations de votre entreprise

Conformément à l'article 12 de la loi n° 89-1009, votre employeur est tenu de vous remettre un exemplaire de la notice d'information établie par l'assureur et de vous informer par écrit de toute modification qui pourrait être apportée au contrat et ce, au moins trois mois avant sa prise d'effet.

Le non-respect des obligations précitées engage la responsabilité de votre employeur. En cas de litige, il lui incombera d'apporter la preuve que la notice d'information vous a bien été remise.

Dans le cadre de la portabilité des garanties et conformément à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'entreprise est tenue de signaler le maintien de vos garanties sur votre certificat de travail.

2.5 Révision du contrat

Le contrat tient compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à sa date d'effet. En cas de modification de ces dispositions, l'assureur peut procéder à une révision du contrat, au plus tôt à leurs dates d'effet.

Jusqu'à cette date, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Si les modalités de la révision proposées par l'assureur ne conviennent pas à votre employeur (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute nature), ce dernier pourra demander la résiliation du contrat.

Chapitre 3

Les dispositions relatives à votre adhésion

3.1 Conditions d'adhésion

Pour bénéficier des garanties, vous devez :

- être affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale ;
- bénéficier d'un contrat de travail en vigueur ;
- appartenir à la catégorie de personnel au profit de laquelle votre entreprise a souscrit le contrat.

Cette catégorie est précisée au certificat d'adhésion que nous établissons à votre attention, suite à la réception de votre bulletin individuel d'adhésion ;

l'adresser à l'assureur un bulletin individuel d'adhésion, une copie des attestations Vitale de Sécurité sociale par assurés au contrat, un relevé d'identité bancaire (RIB-IBAN) et le cas échéant, une demande de mandat de prélèvement SEPA.

En dehors des cas de réticence, de déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, de toute omission ou d'inexactitude dans la déclaration des circonstances du risque faite par vous, une fois admis au contrat, vous ne pouvez être éliminé de l'assurance contre votre gré tant que vous faites partie de l'effectif assuré et tant que votre cotisation est payée.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Vous, si vous répondez aux conditions précisées à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion », et vos ayants droit inscrits au contrat tels que définis au chapitre 1. Dans ce cadre, et conformément aux dispositions de l'acte fondateur du régime de protection complémentaire de santé ou de prévoyance, l'inscription de vos ayants droit peut être obligatoire ou laissée à votre choix. Dans le premier cas, vos ayants droit devront obligatoirement être affiliés simultanément à votre adhésion sous réserve des cas de dispenses prévus par la réglementation. La couverture de vos ayants droit est subordonnée à votre adhésion au contrat.

3.3 Choix de votre formule de garanties

Le contrat peut être composé de plusieurs formules de garanties sélectionnées par votre employeur.

Une formule de garanties de base

Elle s'applique à l'ensemble des bénéficiaires définis à l'article 3.2 « Bénéficiaires des garanties ».

Une ou plusieurs formules de garanties optionnelles

Elles ont pour objet de compléter les niveaux de garanties prévus par la formule de base obligatoire.

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation. Votre choix devra être reporté sur votre bulletin individuel d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour vos ayants droit inscrits au contrat. À défaut de choix formel d'une formule optionnelle, vous et vos ayants droit inscrits au contrat adhéreront de plein droit au niveau de garanties de la formule de base obligatoire.

Dans tous les cas, vous conservez la possibilité de changer de formule de garantie :

- à tout moment, si vous êtes couverts par la formule de base obligatoire ;
- à partir d'un an après votre adhésion ou de votre dernière modification de formule de garanties si vous avez fait le choix d'être couvert par une option.

La demande de modification doit intervenir en dehors de toute période de préavis liée à votre démission ou licenciement, auquel cas, et en tout état de cause, vous et vos ayants droit inscrits au contrat bénéficierez toujours du même niveau de garanties. La modification sera effective le premier jour du mois qui suit la demande.

3.4 Début de vos garanties

Vous bénéficiez de votre garantie :

- dès la date d'effet du contrat d'assurance souscrit par votre entreprise, si vous appartenez à la catégorie de personnel à assurer ;
- après la date d'effet du contrat, à partir de la date à laquelle vous appartenez à la catégorie de personnel à assurer ou à partir de la date à laquelle vous cessez de bénéficier d'un cas de dispense prévu par la réglementation en vigueur.

Pour ce faire, vous devez vous connecter au portail d'adhésion en ligne ou adresser votre bulletin individuel d'adhésion, et ce, dans les trente jours suivant votre date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer. **À défaut, la garantie prendra effet le premier jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin**

individuel d'adhésion par l'assureur (la preuve de l'envoi à l'assureur incombe à l'employeur). Dans tous les cas, l'affiliation n'est effective qu'après l'acceptation de l'assureur qui se concrétise par l'émission d'un certificat d'affiliation indiquant la date d'effet des garanties.

S'ils sont inscrits au contrat, vos ayants droit bénéficient de la garantie :

- au plus tôt, en même temps que vous ;
- ou le premier jour du mois qui suit la réception de la demande par l'assureur, lorsque l'inscription au contrat d'un de vos ayants droit est postérieure à votre adhésion. Par exception, en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, ce dernier peut bénéficier des garanties du contrat dès le jour de sa naissance ou de son adoption, sous réserve que l'événement ait été déclaré à l'assureur dans un délai de 30 jours à compter de sa survenance ;
- après la date d'effet du contrat, à partir de la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'une dispense d'adhésion.

Les garanties prennent effet pour vous et vos ayants droit à la date de prise d'effet de votre adhésion.

Ne sont pas pris en charge par l'assureur les frais de soins facturés après la date de cessation de l'adhésion ou de l'affiliation d'un des ayants droit.

3.5 Suspension de vos garanties

Votre garantie est suspendue pour vous et vos ayants droit inscrits au contrat :

- lorsque votre contrat est lui-même suspendu pour une autre raison qu'une maternité, une paternité, une maladie ou un accident et ne donne pas lieu à un maintien total ou partiel de votre salaire ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre entreprise ou au versement d'un revenu de remplacement en cas d'activité partielle. Dans le cas contraire, vos garanties sont maintenues moyennant financement. La suspension s'achève dès la reprise effective de votre contrat de travail, sous réserve que l'assureur en soit informé dans les trois mois qui suivent la reprise effective. À défaut, la suspension s'achèvera à la date à laquelle l'assureur aura reçu la notification ;
- lorsque les cotisations ne sont pas réglées par votre entreprise ;
- lorsque la part de cotisation relative aux garanties optionnelles et / ou à la couverture des ayants droit n'est pas réglée par l'adhérent.

La suspension s'achève à la reprise du paiement des cotisations.

3.6 Cessation de votre adhésion

Votre adhésion s'interrompt :

- dès que vous cessez de faire partie de la catégorie du personnel à assurer définie à votre certificat d'adhésion ;
- à la date de résiliation du contrat d'assurance par votre entreprise ou par l'assureur ;
- à la date à laquelle vous liquidez vos droits à la retraite sauf situation de cumul emploi – retraite ;
- à la rupture de votre contrat de travail.

3.7 Cessation de vos garanties

Vos garanties prennent fin à la date de cessation de votre adhésion.

Les garanties cessent pour vos ayants droit inscrits au contrat :

- en même temps que la cessation de votre adhésion ;
- ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayant droit telle que définie au chapitre 1 de la présente notice d'information ;
- ou dès que les cotisations relatives à leur couverture ne sont plus réglées.

En tout état de cause, la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise entraîne la cessation des garanties des formules optionnelles pour les bénéficiaires.

Toutefois, la garantie peut être maintenue conformément aux articles 3.8.1 et 3.8.2 de la présente notice d'information.

3.8 Maintien de vos garanties santé

Le bénéfice du dispositif de portabilité est subordonné à la présence effective de personnel à assurer au sein de la catégorie objective définie au présent contrat. À cet égard, en cas de liquidation judiciaire de la société souscriptrice et du licenciement des salariés appartenant à la catégorie objective définie au contrat, la mise en place et le maintien de la portabilité ne pourront être effectifs que s'il y a financement par le liquidateur pour la période de portabilité envisagée. La prime due pour chaque ex-salarié sera calculée à partir de la dernière prime payée, elle sera due à terme d'avance.

3.8.1 La portabilité des garanties dans le cadre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale

Durée et conditions du maintien

Vos garanties sont maintenues à compter de la date d'effet de la rupture de votre contrat de travail. La durée de cette couverture est égale à celle du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail consécutifs, appréciée en mois entiers dans la limite de douze mois, sous réserve toutefois que :

- votre contrat de travail soit rompu pour une cause autre que la faute lourde ;
- le bénéfice de votre garantie ait été ouvert avant la date de cessation de votre contrat de travail ;
- la rupture de votre contrat de travail ait ouvert droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage. Vous devez nous faire parvenir le bulletin de portabilité dûment complété et signé dans le mois qui suit la rupture de votre contrat de travail. Vous devez également faire parvenir à l'assureur les documents justifiant votre inscription et votre prise en charge par Pôle emploi, dans les meilleurs délais suivant la rupture de votre contrat de travail. L'assureur se réserve le droit de demander tout justificatif de prise en charge. À défaut de réception, la portabilité des garanties cessera.

Si vous répondez à ces conditions, vous bénéficierez d'un maintien de garanties aux mêmes conditions que les adhérents en activité au sein de l'entreprise. Toute modification des garanties de ces derniers vous sera applicable.

Le maintien est applicable dans les mêmes conditions à vos ayants droit inscrits au contrat et qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées à la date de cessation de votre contrat de travail.

Cessation

Le maintien de la garantie prend fin automatiquement dans les cas suivants :

- à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle vous cessez de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- à l'arrivée du terme de vos droits acquis au titre de la portabilité des garanties ;
- à la date de liquidation de vos droits à la retraite ;
- à la date à laquelle le contrat d'assurance est résilié. Dans ce cas, l'entreprise doit organiser la poursuite du maintien des garanties aux bénéficiaires de la portabilité.

À défaut, et conformément à la législation en vigueur, elle sera seule débitrice de l'obligation de maintenir lesdites garanties ;

- dès que vous ne retournez pas les justificatifs de prise en charge par Pôle emploi, demandés par l'assureur.

Vous devez informer votre employeur de la cessation prématurée du bénéfice de l'indemnisation chômage.

Le maintien des garanties cesse simultanément pour vous et vos ayants droit.

3.8.2 Maintien des garanties santé dans le cadre de l'article 4 de la loi Évin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, vous pouvez bénéficier d'un maintien de garanties frais de santé, à condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail.

Le maintien de la garantie dans le cadre d'un contrat individuel est possible et sans condition de durée, lorsque la garantie santé cesse d'être acquise, si vous êtes :

- bénéficiaire d'une pension retraite ;
- bénéficiaire d'une rente d'incapacité de travail ou d'invalidité ;
- privé d'emploi et que vous bénéficiez à ce titre d'un revenu de remplacement.

Vous pouvez bénéficier de ce dispositif, à la fin de votre période de portabilité des garanties évoquée à l'article 3.8.1 de la présente notice d'information. Le maintien de la garantie est également possible pour vos ayants droit inscrits au contrat, pour une durée minimale de douze mois à compter de la date de votre décès. Cette nouvelle garantie sera acquise, sans formalité médicale, et prendra effet le lendemain du jour de la demande, à condition que la demande soit effectuée au plus tard dans les six mois qui suivent l'événement.

Les cotisations seront alors fixées selon les modalités de majoration prévues par la législation française.

3.8.3 Maintien des garanties santé en cas de résiliation du contrat (article 5 de la loi Évin)

En cas de résiliation du contrat collectif et lorsque celui-ci n'est pas remplacé, vous pouvez demander l'adhésion à un contrat individuel frais de santé, sans questionnaire ou examen médical, ni période probatoire et selon les conditions tarifaires en vigueur. La demande doit être faite avant la date d'effet de la résiliation du contrat.

Chapitre 4

Les dispositions relatives à vos garanties

Dans les conditions et limites des formules de garanties choisies, mentionnées au certificat d'adhésion, le contrat garantit :

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

4.1 Nature et base de vos prestations

L'assureur procède au remboursement des dépenses de santé engagées par les bénéficiaires suivant les conditions et limites indiquées au certificat d'adhésion.

Les remboursements de l'assureur viennent en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires). 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 au certificat d'adhésion.

Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou vos ayants droit inscrits au contrat, un remboursement des frais médicaux ou le versement d'un forfait supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur les bordereaux, les décomptes ou les feuilles de soins de la Sécurité sociale.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, l'assureur se conforme aux dispositions des nomenclatures des actes de la Sécurité sociale telles que définies au chapitre 1. Ainsi, l'ensemble des actes hors nomenclature ne seront pas remboursés au titre de la garantie frais de santé sauf disposition contraire mentionnée au tableau de garanties.

Lorsque les dépenses de santé n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge directe par l'assureur, le remboursement des frais médicaux est toujours établi à votre ordre pour l'ensemble des bénéficiaires et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

4.2 Contenu de vos garanties

Les garanties s'inscrivent dans le cadre des dispositifs législatifs relatifs :

- aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » définis au chapitre 1 de la présente notice d'information ;
- aux garanties de complémentaire de frais minimales prévues par l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

4.2.1 Le remboursement des frais médicaux

Sont couvertes les dépenses de santé engagées entre la date de début et la date de fin de la 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, 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.

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 par maternité ou par adoption et par enfant en cas de naissance multiple. Le forfait adoption est versé uniquement lorsque l'enfant n'était pas préalablement assuré par le contrat au jour de l'adoption.
- La participation forfaitaire sur les actes techniques ou lourds égaux ou supérieurs à un montant fixé par décret.

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 les limites des plafonds indiqués au certificat d'adhésion.
- Les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, l'implantologie, les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie dans les limites des montants indiqués au certificat d'adhésion.

Les actes dentaire codifiés par la Sécurité sociale en acte de chirurgie seront remboursés à hauteur de la garantie honoraires de chirurgie souscrite au sein du « bloc hospitalisation ». Les actes dentaire codifiés par la Sécurité sociale en acte d'imagerie seront remboursés à hauteur de la garantie imagerie souscrite au sein du « bloc soins courants ».

L'optique

- Les verres.
- La monture.
- Les lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale. L'achat de lentilles oculaires sur Internet entre dans la garantie à condition qu'elles soient achetées sur un site respectant la législation française en vigueur relative à la vente de produits optiques sur internet (par exemple, le numéro d'enregistrement au répertoire ADELI des opticiens-lunetiers travaillant pour le site doit être indiqué).
- La chirurgie réfractive.

Cas particulier du forfait optique

Le forfait optique est limité à un équipement complet (une monture + 2 verres) par période de 2 années d'assurance et par bénéficiaire.

Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est amenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

Le montant du forfait relatif aux équipements (une monture et deux verres) est exprimé y compris remboursement de la Sécurité sociale. Conformément à la réglementation du contrat responsable la prise en charge maximale de la monture des équipements hors 100 % santé est plafonné. Le montant du plafond est mentionné sur le tableau des garanties.

La prise en charge des équipements s'effectue toujours dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur. La garantie prend en charge la prestation d'adaptation de l'ordonnance par l'opticien à hauteur du ticket modérateur.

La médecine courante

- Les consultations et visites.
- Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux.
- Les analyses et les 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 médicaments prescrits non remboursés à conditions qu'ils soient délivrés en officine française (physique) ou sur le site Internet d'une pharmacie autorisée à vendre des médicaments en ligne et identifiée sur le site de l'Ordre national des pharmaciens.

Les prothèses et les appareillages

- Les prothèses orthopédiques et capillaires.
- Le versement d'un forfait annuel et par bénéficiaire pour les prothèses capillaires remboursées par 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 », le remboursement d'une aide auditive par oreille est limité à un équipement tous quatre ans suivant la date de facturation du dernier équipement. Conformément à la réglementation en vigueur, pour calculer ce délai, l'assureur est tenu de prendre en compte les prises en charge antérieures réalisées par le régime obligatoire ou par l'assureur et ce, depuis le 1^{er} janvier 2017.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Lorsque l'assuré demande un second remboursement durant cette période de quatre ans, il lui appartient de justifier que cette nouvelle demande porte sur une oreille différente du premier équipement remboursé durant la période.

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 thermique prise en charge par la Sécurité sociale.

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 au certificat d'adhésion. 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.

4.2.2 La garantie frais d'obsèques

Cette garantie n'a d'effet que si elle est indiquée à votre certificat d'adhésion.

En cas de décès d'un bénéficiaire, les frais d'obsèques sont pris en charge à hauteur des frais réellement exposés, dans la limite du montant indiqué au certificat d'adhésion.

Les frais d'obsèques sont remboursés à la personne physique ou morale qui a pris en charge et organisé les obsèques, au plus tard dans les trente jours suivant la réception des éléments demandés pour l'étude du dossier.

Le décès d'un bénéficiaire doit être déclaré le plus tôt possible auprès de l'assureur, soit par la famille, soit par l'entreprise, soit par la personne qui a organisé les obsèques.

Cette garantie cesse dans les mêmes conditions que celles définies pour la garantie santé.

4.2.3 Les services proposés par Filassistance

Grâce à Filassistance, vous bénéficiez de services d'assistance qui vous accompagnent en cas de besoin.

L'Assistance Santé comprend notamment :

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

Toutes les conditions de la garantie assistance sont indiquées dans la convention jointe à la présente notice d'information.

4.3 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.

4.3.1 Les services proposés par Carte Blanche Partenaires

- Des engagements de modération tarifaire, auprès des opticiens, chirurgiens-dentistes ainsi que chez les audioprothésistes, ostéopathes et diététiciens partenaires de Carte Blanche Partenaires.

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

- Les assurés peuvent bénéficier des actions organisées par l'association Carte Blanche Asso qui leurs permettent d'obtenir de l'information en matière de santé et de prévention par téléphone, d'avoir un accès personnalisé au site d'information prévention santé : www.carteblanchepartenaires.fr, de participer à des programmes de prévention tels que le coaching arrêt du tabac ou coaching nutrition, de participer également à des enquêtes sur leurs attentes et besoins en matière de santé. Pour connaître les professionnels de santé partenaires de Carte Blanche Partenaires, il vous suffit de consulter votre *Espace Client MySwissLife* muni de votre identifiant et mot de passe.

4.3.2 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.

4.4 Étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation est acquise dans le monde entier pour les bénéficiaires, à partir du moment où le régime obligatoire intervient.

Chapitre 5 – Le règlement des prestations

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

5.1. 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 faisons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuons le paiement correspondant.

Ainsi, vous n'avez 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 votre bulletin individuel d'adhésion ou le notifier par écrit à notre siège social. Le règlement de notre participation s'effectue alors selon la procédure classique.

5.1.2. Le tiers payant

Une attestation de tiers payant vous est délivrée lors de la mise en place des garanties. Elle vous permet de ne pas faire l'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si le contrat et votre adhésion sont encore en vigueur au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de cette carte, nous pouvons vous demander le remboursement des montants réglés auprès des professionnels de santé consultés. Dès lors que vous cessez pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties, vous vous engagez à restituer immédiatement votre carte.

5.2. Procédure classique

Lorsque vous ne bénéficiez pas de la télétransmission avec votre régime obligatoire, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, vous devez nous faire parvenir les documents suivants pour obtenir le remboursement de vos dépenses de santé :

Les remboursements de la garantie santé	Les documents et justificatifs à transmettre
<i>La médecine courante</i>	Les décomptes originaux des prestations des régimes obligatoires.
<i>L'hospitalisation</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale ; les ordonnances, les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires de chirurgiens ; les factures de frais de télévision ; les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire.
<i>L'optique</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale ; 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.
<i>Le dentaire remboursé ou non</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale ; la facture détaillée établie par le dentiste.
<i>Les frais d'obsèques</i>	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.
<i>La prévention</i>	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.
<i>La pharmacie</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale.
<i>Les prothèses et les appareillages</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale ; la facture détaillée. L'avis du médecin conseil de la Sécurité sociale dans le cadre d'un renouvellement anticipé de l'aide auditive visée à l'article R. 165-24 du Code de la Sécurité sociale.
<i>Les cures thermales</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale.
<i>La médecine douce non remboursée</i>	Les notes d'honoraires et autres factures acquittés justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Vos demandes de remboursement doivent nous parvenir dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation du contrat. Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, nous nous réservons la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessus. Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par l'article L. 113-9 Code des assurances.

Il est en outre précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations et à garanties en cas de déclaration de sinistre frauduleuse.

5.3 Expertise

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

Nous pouvons effectuer, à tout moment, les contrôles que nous jugerons nécessaires afin de pouvoir constater la réalité de votre état.

Le refus du libre accès auprès de l'adhérent des médecins entraîne la suspension de la garantie.

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- **expertise contradictoire** : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

- **compromis d'arbitrage** : si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

Chapitre 6

Les cotisations relatives à la couverture de vos ayants droit et / ou à la formule optionnelle

6.1 Assiette des cotisations

Le montant des cotisations est exprimé, sauf cas particulier, en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur pour la période considérée.

Les taux de cotisation éventuellement majorés des taxes, sont indiqués au certificat d'adhésion le cas échéant.

6.2 Évolution des cotisations

En cas d'évolution des garanties, les cotisations sont adaptées dès la mise en place des nouvelles garanties.

À garanties identiques, les cotisations évolueront automatiquement :

- chaque année au 1^{er} janvier, en fonction des résultats techniques constatés sur l'ensemble des contrats de même nature et / ou d'une même catégorie de contrats ou de garanties, et / ou du contrat d'assurance précité ;
- en cas de modification de dispositions législatives et réglementaires, y inclus toute modification fiscale ou sociale, de nature à remettre en cause la portée des engagements de l'assureur. Ces modifications de cotisations prennent effet au plus tôt à la date d'entrée en vigueur de ces événements.

6.3 Paiement des cotisations

Si cela est prévu à votre certificat d'adhésion, les cotisations relatives à l'extension de la couverture à vos ayants droit ainsi qu'à la garantie optionnelle seront directement prélevées mensuellement sur votre compte bancaire.

6.4 Non-paiement des cotisations

Les cotisations sont payables dans les dix jours suivant l'envoi de votre avis d'échéance, le cas échéant. En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, l'assureur vous adresse une mise en demeure de payer par lettre recommandée et vous informe des conséquences du non-paiement.

Si votre cotisation n'est pas acquittée dans les trente jours suivant la date d'envoi de la mise en demeure de payer, les garanties de la formule optionnelle seront suspendues. Ces garanties cesseront automatiquement pour vous ainsi que vos ayants droit quarante jours après l'envoi de cette lettre.

Dans ce cas, vous et vos ayants droit inscrits à titre obligatoire continuerez à bénéficier de plein droit des garanties de la formule de base obligatoire.

Chapitre 7

Les autres dispositions

7.1 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, vous êtes invité, dans un premier temps, à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez vous adresser à notre service réclamations :

SwissLife Prévoyance et Santé
Service réclamations
TSA 36003
59781 Lille Cedex

En dernier recours : la Médiation de l'Assurance

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

7.2 Subrogation

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

7.3 Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de nos relations, Swiss Life est amenée à collecter vos données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD), de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

Les objectifs poursuivis par la collecte de vos données et les fondements juridiques des traitements de vos données personnelles sont les suivants :

Finalité : passation, gestion, exécution des contrats d'assurance	Bases légales des traitements
- Étude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés - Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque - Exécution des garanties des contrats - Gestion des contrats et gestion des clients - Exercice des recours - Gestion des réclamations et des contentieux - Exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme) - Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur - Gestion du client intra-groupe - Conduite d'activités de recherche et développement - Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service - Respect des obligations prudentielles prévues par la législation européenne et la législation nationale	Exécution du contrat Respect d'obligations légales Intérêt légitime
Finalité : lutte contre la fraude à l'assurance	Bases légales des traitements
- Analyse et détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence, ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance - Gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements - Constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude - Gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude - Exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude Ces traitements permettent de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions présentant un risque de fraude.	Intérêt légitime
Finalité : prospection commerciale	Bases légales des traitements
- Réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects - Acquisition, cession, location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'organisme d'assurance	Intérêt légitime

Durées de conservation des données personnelles

Les données traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées durant toute notre relation, et jusqu'à expiration des durées légales de prescription. En cas de non-conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées. En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

Destinataires des données personnelles

Les données personnelles sont destinées dans la limite de leurs attributions :

- aux services de l'assureur ou à d'autres entités du groupe Swiss Life dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle ;
- à nos réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du contrat (exemple : assureur du tiers victime) ;

- à des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes sociaux...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance ou l'Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Vos données sont traitées par Swiss Life en France ou au sein de l'Union européenne. Toutefois, si des données personnelles doivent faire l'objet de transferts vers des pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), Swiss Life prendra toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment encadrement des transferts à l'aide de clauses contractuelles types émises par la Commission européenne) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité de vos droits.

Droits sur vos données

Vous disposez de droits sur ces données :

- **droit d'accès** : vous pouvez obtenir des informations concernant le traitement de vos données ainsi qu'une copie de ces données (N.B. : concernant les données traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés) ;
- **droit de rectification** : si vos données sont inexactes ou incomplètes, vous pouvez demander à ce qu'elles soient modifiées ou complétées ;
- **droit d'opposition au traitement** des données à caractère personnel pour des motifs légitimes, ou droit d'opposition sans motif concernant l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale. Concernant la prospection par téléphone, vous pouvez aussi vous opposer en vous inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition nationale Bloctel (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels vous n'avez pas de relation contractuelle en cours, de vous démarcher par téléphone ;
- **droit à la limitation** des données à caractère personnel ;
- **droit à l'effacement** : vous pouvez demander l'effacement de vos données sous réserve de l'application de votre contrat ou d'obligations légales de conservation s'appliquant à l'assureur ;
- **droit à la portabilité des données** : vous pouvez demander que les données personnelles que vous nous avez personnellement fournies vous soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, soit transférées à un tiers ;
- **droit de retirer votre consentement** si l'utilisation des données est fondée sur votre autorisation spéciale et expresse ;
- **droit de définir des directives** relatives au sort des données à caractère personnel après votre décès.

Ces droits peuvent s'exercer par un courrier adressé au DPO – Swiss Life – Direction gouvernance et qualité de la donnée – 7, rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret ; ou par e-mail à dposwisslife@swisslife.fr ; ou auprès du médecin-conseil de Swiss Life à l'adresse précitée pour toutes demandes liées à des données médicales.

Vous pouvez également en cas de réclamation choisir de contacter la CNIL : <https://www.cnil.fr>

Concernant vos données, vous pouvez également vous reporter à tout moment à la politique de protection des données sur notre site Internet : www.swisslife.fr.

7.4 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 interromp le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interromp 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 interromp 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 interromp 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.

7.5 L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

7.6 Dématérialisation des échanges

Dès lors que le souscripteur transmet à l'assureur une adresse de courrier électronique valide, l'assureur pourra délivrer toutes informations et, plus généralement, adresser toutes correspondances quelconques au souscripteur par voie électronique, à savoir, sur le site Internet ou par courrier électronique (e-mail).

Il appartient au souscripteur d'aviser immédiatement l'assureur de tout changement d'adresse e-mail. Le souscripteur déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par l'assureur sur support électronique sur le site Internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par l'assureur.

Pour conserver un envoi postal, sans frais, le souscripteur pourra adresser sa demande par courrier, en indiquant son identifiant personnel ainsi que son adresse e-mail, à Swiss Life – Service support papier – 1, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 59671 Roubaix Cedex 1.

*Nous permettons à chacun
de vivre selon ses propres choix.*

Swiss Life Prévoyance et Santé

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 150 000 000 €

entreprise régie par

le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre

www.swisslife.fr