



SwissLife

SwissLife Prévoyance Entreprises +

Dispositions générales du contrat santé

Le contrat SwissLife Prévoyance Entreprises +

Nous vous remercions d'avoir souscrit au contrat SwissLife Prévoyance Entreprises +, contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, spécifiquement conçu pour répondre aux attentes et aux besoins des petites et moyennes entreprises.

Ce contrat permet de renforcer la protection sociale des salariés de l'entreprise, en leur apportant des solutions innovantes et personnalisées en matière de couverture des besoins santé.

Avec SwissLife Prévoyance Entreprises +, l'entreprise compose la formule de garanties la mieux adaptée pour une protection optimale de ses collaborateurs.

Le présent contrat est constitué des documents suivants :

- les **dispositions générales** qui définissent les conditions d'application du contrat et exposent l'ensemble des garanties proposées pouvant être souscrites. Elles indiquent la marche à suivre pour obtenir le paiement des prestations ;
- la **demande de souscription** de l'entreprise ;
- les **bulletins individuels d'adhésion** des membres du personnel à assurer ;
- les **dispositions particulières** qui précisent les différentes garanties choisies par l'entreprise, le montant des remboursements correspondants ainsi que la catégorie de personnel à assurer ;
- la **notice d'information**, rédigée par l'assureur, ainsi que le **certificat d'adhésion**, que l'entreprise doit remettre personnellement à chaque adhérent concerné par le contrat et qui lui précisent notamment l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites par l'entreprise et pour lesquelles il est assuré.

Qui est concerné par le contrat ?

- **L'entreprise contractante nommée ci-après « entreprise »** : il s'agit de 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 aux dispositions particulières.
- **L'adhérent** : il s'agit de tout membre du personnel de l'entreprise relevant à titre obligatoire de la catégorie objective de personnel à assurer au profit de laquelle est souscrit le contrat.
- **L'assureur** : désigne la société d'assurance qui garantit les risques souscrits.

Le contrat

Le contrat est conclu entre :

- **l'entreprise contractante**, désignée aux dispositions particulières ;
- et **l'assureur** mentionné ci-après :

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital de 150 000 000 €

entreprise régie par le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre.

Le contrat est régi par le Code des assurances.

L'autorité de contrôle

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR : 61, rue Taitbout – 75009 Paris

Sommaire

<i>Chapitre 1</i>	<i>Quelques définitions pour mieux nous comprendre</i>	<i>4</i>
<i>Chapitre 2</i>	<i>L'exécution du contrat</i>	<i>6</i>
2.1	Cadre juridique : contrat « solidaire » et « responsable »	6
2.2	Objet du contrat	6
2.3	Dispositions relatives au contrat	6
2.4	Dispositions relatives aux adhérents	8
<i>Chapitre 3</i>	<i>Les garanties</i>	<i>9</i>
3.1	Nature et base des prestations	9
3.2	Contenu des garanties	9
3.3	Étendue territoriale des garanties	10
3.4	Maintien des garanties santé	10
3.5	Règlement des prestations	11
<i>Chapitre 4</i>	<i>Les cotisations</i>	<i>12</i>
4.1	Assiette des cotisations	12
4.2	Évolution des cotisations	12
4.3	Païement des cotisations	12
4.4	Non-païement des cotisations	12
<i>Chapitre 5</i>	<i>Les autres dispositions</i>	<i>13</i>
5.1	Réclamation – Médiation	13
5.2	Loi informatique et libertés	13
5.3	Prescription	13

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 et provenant 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.

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.

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 adhéré aux contrat d'accès aux soins (CAS)

En adhérant au contrat d'accès aux soins défini par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Médecin non conventionné

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

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.

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 le régime de leurs parents ou par le régime de la Sécurité sociale des étudiants, 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 une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.

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 de ses membres du personnel relevant de la catégorie de personnel mentionnée aux dispositions particulières.

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.

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).

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 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 couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) 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.

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.

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.

Chapitre 2

L'exécution du contrat

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

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

Interdiction de prise en charge

- Il ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- Il ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale.
- Il doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Règles de prise en charge

- Il doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion :
 - des médicaments remboursés par l'assurance maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale ;
 - de l'homéopathie ;
 - des cures thermales.
- Il doit prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux).
- Il doit prévoir un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat.
- Il doit respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique.

Les garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

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

2.2 Objet du contrat

SwissLife Prévoyance Entreprises + est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire qui a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé définies au chapitre 3 au profit des membres du personnel appartenant à la catégorie de personnel définie aux dispositions particulières.

La totalité de la catégorie de personnel définie aux dispositions particulières doit obligatoirement adhérer au contrat sous réserve des cas de dispenses prévus par la réglementation et indiqués dans l'acte fondateur du régime de protection complémentaire de santé ou de prévoyance, soit, une

convention ou un accord collectif, un projet d'accord déposé par le chef d'entreprise et ratifié par la majorité des membres du personnel ou par décision unilatérale du chef d'entreprise constatée par écrit et remise à chaque intéressé. L'entreprise doit être en mesure de produire les documents justifiant les cas de dispense pour chaque adhérent en cas de demande des administrations fiscales et sociales.

Le présent contrat est composé d'une formule de garanties de base obligatoire qui pourra être complétée, si l'entreprise le souhaite, d'une ou plusieurs formules optionnelles.

Dans ce cas, chaque membre du personnel pourra, conformément à l'article 2.4.4 « Choix de la formule des garanties », choisir la formule la mieux adaptée à sa situation personnelle parmi celles préalablement sélectionnées par l'entreprise.

Les formules de garanties de base et optionnelles choisies par l'entreprise sont définies aux dispositions particulières.

Le contrat est complété par des garanties Assistance santé.

2.3 Dispositions relatives au contrat

2.3.1 Conditions de souscription

Pour pouvoir souscrire, l'entreprise doit avoir son siège social en France métropolitaine.

L'entreprise doit adresser à l'assureur une demande de souscription dûment complétée, datée et signée. L'ensemble des réponses aux questions de la demande de souscription est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen du dossier.

Après étude du dossier de souscription de l'entreprise, l'assureur se réserve la possibilité de refuser la mise en place du contrat. Ce refus sera, le cas échéant, notifié à l'entreprise.

L'acceptation de l'assureur se matérialise par l'émission des dispositions particulières du contrat, mentionnant notamment la date d'effet, la catégorie de personnel à assurer, la nature et le montant des garanties souscrites, les taux de cotisation ainsi que les éventuelles dérogations aux présentes dispositions générales.

S'il est vérifié que les éléments d'informations relatifs aux membres du personnel ou à l'entreprise figurant dans la demande de souscription sont différents de ceux transmis pour l'établissement du projet commercial, l'assureur se réserve la possibilité de revenir sur les conditions de garanties convenues.

2.3.2 Date d'effet, durée et renouvellement du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux dispositions particulières.

Il se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, sous réserve du paiement des cotisations.

Il est ensuite renouvelé annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'entreprise ou par l'assureur dans les formes et conditions mentionnées à l'article 2.3.4 « Résiliation du contrat ».

2.3.3 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 l'entreprise (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute nature), cette dernière peut demander la résiliation de son contrat conformément à l'article 2.3.4 « Résiliation du contrat ».

2.3.4 Résiliation du contrat

Motif de résiliation	Qui peut résilier ?	Forme de la résiliation et conditions	Prise d'effet
Résiliation annuelle	L'entreprise et l'assureur	Envoi d'une lettre recommandée au plus tard 2 mois avant la date de renouvellement annuel, soit le 31 octobre de chaque année.	La résiliation prend effet au 31 décembre suivant à minuit.
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 à l'entreprise.	La résiliation prend effet 10 jours après notification par l'assureur.
En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation du contrat (article L. 113-3 du Code des assurances)	L'assureur	Envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure à l'entreprise, dans les 10 jours de la date d'échéance du paiement. Cette action est totalement indépendante de notre droit de poursuivre l'exécution en justice.	Les garanties du contrat sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. La résiliation du contrat prend effet 40 jours après l'envoi de cette lettre. Dans ce cas, la totalité des cotisations annuelles échues seront réclamées. Le contrat, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance et 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.
Évolution des cotisations en cas d'évolution 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. (article 4.2 « Évolution des cotisations »).	L'entreprise	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.	La résiliation prend effet au 31 décembre suivant à minuit.
En cas de révision du contrat pour tenir compte des modifications législatives et réglementaires (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute nature) (article 2.3.3 « Révision du contrat »).	L'entreprise	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la notification des nouvelles conditions.	La résiliation prend effet à la fin du trimestre civil entamé et pendant lequel la lettre recommandée a été envoyée.

2.3.5 Modification du contrat par l'entreprise

Toute modification relative aux garanties et aux conditions d'exécution du contrat ne peut être réalisée qu'à échéance anniversaire du contrat à condition que le contrat ait été souscrit il y a au moins un an.

2.3.6 Obligations de l'entreprise

À l'égard de l'assureur

L'entreprise s'engage à :

- fournir tous les documents nécessaires à la souscription du contrat indiqués à l'article 2.3.1 « Conditions de souscription » ;
- communiquer à chaque échéance trimestrielle, **le bordereau d'appel de cotisations** sur lequel elle aura indiqué : la cotisation appliquée en fonction de la situation de famille, la période de garantie pour chaque adhérent ainsi que le nom des membres du personnel éventuellement entrés ou sortis du groupe au cours du trimestre, en précisant leur date d'entrée ou de sortie ;
- régler les cotisations à échéance ;
- déclarer tout changement d'activité, d'adresse ou de convention collective applicable par lettre recommandée moyennant un délai de quinze jours dès le moment où l'entreprise en a connaissance ;
- informer l'assureur des modifications intervenues dans la situation de famille de l'adhérent, des personnes dont le contrat de travail a été suspendu ainsi que les adhérents à radier lorsqu'ils ne font plus partie

de la catégorie de personnel à assurer en distinguant ceux qui remplissent les conditions pour bénéficier du maintien de garanties conformément à l'article 3.4.1 « La portabilité des garanties dans le cadre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ».

Le défaut ou le retard de communication de ces informations pourrait amener l'assureur à demander à l'entreprise de la dédommager des prestations versées à tort.

L'ensemble des déclarations faites par l'entreprise et les adhérents servent de base à l'appréciation du risque par l'assureur. Ces dernières n'ont d'effet que si elles sont parvenues par écrit à l'assureur.

Conformément aux dispositions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances et indépendamment des suites judiciaires qui pourraient être engagées, toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte sur les éléments constitutifs du risque au moment de la souscription ou en cours de contrat, est sanctionnée par la nullité du contrat, la résiliation ou la réduction d'indemnités.

À l'égard des adhérents

L'entreprise s'engage à informer les membres de son personnel appartenant à la catégorie de personnel à assurer de l'obligation de compléter un bulletin individuel d'adhésion lors de la souscription du contrat ou lors de l'inscription d'un ayant droit au contrat.

Conformément à l'article 12 de la loi n° 89-1009, elle est tenue de remettre à chaque adhérent un exemplaire de la notice d'information établie

par l'assureur et de l'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 l'entreprise vis-à-vis des membres de son personnel. En cas de litige, il lui incombera d'apporter la preuve que la notice d'information a bien été remise aux adhérents.

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 des garanties de l'ancien adhérent dans le certificat de travail de ce dernier.

2.4 Dispositions relatives aux adhérents

2.4.1 Conditions d'adhésion

Pour pouvoir adhérer au contrat, l'adhérent doit :

- appartenir à la catégorie de personnel à assurer telle que définie aux dispositions particulières ;
- être affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale ;
- bénéficier d'un contrat de travail en vigueur ;
- adresser à l'assureur un bulletin individuel d'adhésion, joindre une copie de son attestation de Sécurité sociale Vitale, 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 l'adhérent, ce dernier une fois admis au contrat, ne peut être éliminé de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie de l'effectif assuré et tant que la cotisation est payée.

2.4.2 Bénéficiaires des garanties

Sont bénéficiaires des garanties :

- les adhérents qui répondent aux conditions exposées à l'article 2.4.1 « Conditions d'adhésion » ;
- et si cela est prévu aux dispositions particulières, les ayants droit de l'adhérent qui répondent à la définition du chapitre 1.

Selon les dispositions instituées dans l'acte fondateur du régime de protection complémentaire de santé ou de prévoyance et indiquées aux dispositions particulières, l'inscription des ayants droit au contrat peut être soit obligatoire, soit laissée au libre choix de l'adhérent.

La couverture des ayants droit est subordonnée à l'adhésion du membre du personnel.

2.4.3 Prise d'effet de l'adhésion et des garanties

Les adhérents bénéficient des garanties :

- à compter de la date d'effet du contrat s'ils appartiennent à la catégorie de personnel à assurer ;
- après la date d'effet du contrat, à partir de la date à laquelle ils entrent dans la catégorie de personnel à assurer.

Pour ce faire, ils doivent avoir adressé un bulletin individuel d'adhésion dans les trente jours qui suivent leur date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer. À défaut, la garantie prendra effet à compter du premier jour du mois qui suit la régularisation du bulletin individuel d'adhésion.

S'ils sont inscrits au contrat, les ayants droit de l'adhérent bénéficient de la garantie :

- au plus tôt, en même temps que l'adhérent ;
- ou le premier jour du mois qui suit la réception de la demande par l'assureur, lorsque l'inscription de l'ayant droit est postérieure à l'adhésion du membre du personnel.

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date de prise d'effet de l'adhésion.

2.4.4 Choix de la formule de garanties

Selon le choix de l'entreprise indiqué aux dispositions particulières, le contrat peut-être composé d'une formule de garantie de base obligatoire et d'une ou plusieurs formules optionnelles.

Formule de garanties de base

L'ensemble des bénéficiaires des garanties, tels que définis à l'article 2.4.2 « Bénéficiaires des garanties », bénéficient des garanties de la formule de base obligatoire.

Formules de garanties optionnelles

Les formules optionnelles ont pour but de compléter les niveaux de garanties prévus par la formule de base obligatoire.

Au moment de l'adhésion, chaque membre du personnel a la possibilité de sélectionner la formule de garantie la mieux adaptée à sa situation, il devra alors reporter son choix sur le bulletin individuel d'adhésion. À défaut de choix formel d'une formule optionnelle, les garanties de la formule de base obligatoire s'appliqueront de plein droit.

Le choix de la formule de garanties vaudra tant pour le membre du personnel que pour ses ayants droit inscrits au contrat.

Dans tous les cas, l'adhérent conserve la possibilité de changer de formule de garantie chaque début de mois, à partir d'un an après son adhésion ou de sa dernière modification. La demande de modification doit intervenir en dehors de toute période de préavis liée à une démission ou à un licenciement, auquel cas, et en tout état de cause, l'adhérent et les ayants droit inscrits au contrat bénéficieront toujours du même niveau de garanties.

2.4.5 Suspension des garanties

Les garanties du présent contrat sont suspendues pour l'adhérent et les ayants droit inscrits au contrat :

- lorsque le contrat de travail de l'adhérent est lui-même suspendu pour une raison autre qu'une maternité, une paternité, une maladie ou un accident et ne donne pas lieu à un maintien total ou partiel de salaire ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise.

La suspension s'achève dès la reprise effective du travail de l'adhérent, à condition que l'assureur en ait été informé dans les trois mois qui suivent la reprise effective. À défaut, la suspension s'achève à la date à laquelle l'assureur en aura été informé. ;

- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 4.4 « Non-paiement des cotisations ».

2.4.6 Cessation de l'adhésion

L'adhésion du membre du personnel s'interrompt :

- dès qu'il cesse de faire partie de la catégorie de personnel à assurer définie aux dispositions particulières ;
- à la date de résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise ou l'assureur ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l'adhérent à l'exception des personnes en situation de cumul emploi – retraite ;
- à la date de rupture du contrat de travail de l'adhérent.

2.4.7 Cessation des garanties

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque adhérent à la date de cessation de leur adhésion.

Les garanties cessent pour les ayants droit inscrits au contrat :

- en même temps que celles de l'adhérent ;
- ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayants droit telle qu'indiquée au chapitre 1 des présentes dispositions générales ;
- 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 3.4.1 et 3.4.2 des présentes dispositions générales.

Chapitre 3

Les garanties

Dans les conditions et limites des formules de garanties choisies, mentionnées aux dispositions particulières, le contrat garantit :

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

3.1 Nature et base des prestations

L'assureur procède au remboursement des dépenses de santé engagées par les bénéficiaires suivant les conditions et limites indiquées aux dispositions particulières.

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 aux dispositions particulières.

L'adhérent ne pourra percevoir pour lui-même ou pour son conjoint et ses enfants assurés 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.

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 l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

3.2 Contenu des garanties

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

- aux contrats d'assurance complémentaire de santé dits « contrats responsables » tels que définis au chapitre 1 des présentes dispositions générales ;
- aux garanties de complémentaire de frais minimales prévues par l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

3.2.1 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'obstétriques.
- 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 bénéficiaire accompagné par son conjoint ou un enfant dans les limites du plafond journalier prévu.
- Le versement d'une allocation forfaitaire au bénéficiaire par maternité ou par adoption et par enfant en cas de naissance multiple.

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, dans les limites des montants et plafonds indiqués aux dispositions particulières.
- Les prothèses dentaires et inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale dans les limites des plafonds indiqués aux dispositions particulières.
- Les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, l'implantologie, les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie dans les limites des montants indiqués aux dispositions particulières.

L'optique

- Les verres.
- La monture.
- Les lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale.
- La chirurgie réfractive.

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », il est prévu de rembourser un équipement (monture + verres) à compter de l'adhésion d'un assuré, par période de deux ans d'assurance, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue pour lesquels le remboursement pourra être annuel.

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 et l'homéopathie remboursés par la Sécurité sociale.

Les prothèses et les appareillages

- Les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires.
- Le versement d'un forfait annuel et par bénéficiaire pour les prothèses capillaires et auditives remboursées par la Sécurité sociale.

Les cures thermales

- Les cures thermales remboursées par la Sécurité sociale.
- Le versement d'un forfait par an et par bénéficiaire, en cas de cure 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 aux dispositions particulières.

Le contenu peut évoluer, des actes peuvent être ajoutés ou enlevés, selon les évolutions législatives ou réglementaires et en fonction du progrès médical en matière de prévention.

3.2.2 La garantie frais d'obsèques

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie santé.

Le montant

En cas de décès, les frais d'obsèques sont pris en charge à hauteur des frais réellement exposés, dans la limite du montant indiqué aux dispositions particulières.

Le paiement

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 adhérent ou de l'un de ses ayants droit 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.

La cessation de la garantie

La garantie frais d'obsèques cesse dans les mêmes conditions que celles définies pour la garantie santé.

3.2.3 Les services complémentaires

Les services proposés par Carte Blanche Partenaires

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.

- **La dispense d'avance de frais** (tiers payant) pour de nombreuses dépenses de santé auprès des professionnels de santé partenaires :
 - en pharmacie, laboratoire, kinésithérapie, transports sanitaires, radiologie, soins externes en établissements, optique, la prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de leur attestation de tiers payant **Carte Blanche Partenaires** en cours de validité. En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible ;
 - en hospitalisation, dentaire, audioprothèse, la prise en charge peut être accordée sur simple appel au numéro indiqué sur leur carte de tiers payant **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**. L'adhérent demeure naturellement libre de consulter un professionnel de santé hors du réseau **Carte Blanche Partenaires**, hors des conditions spécifiques précisées ci-dessus.
- Des **actions organisées par l'association Carte Blanche Asso** dont les adhérents sont bénéficiaires et qui leurs permettent d'obtenir de l'information en matière de santé et de prévention par téléphone, de recevoir la lettre d'information santé, 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.

Les services proposés par la garantie Assistance santé

Grâce à la garantie Assistance santé, les adhérents bénéficient de services d'assistance qui les accompagnent en cas de besoin.

L'**Assistance Santé** comprend notamment :

- le portage de médicaments, si l'adhérent est immobilisé pendant plus de cinq jours ;
- une aide-ménagère à domicile, suite à 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 aux présentes dispositions générales.

3.3 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.

3.4 Maintien des garanties santé

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

Durée et conditions du maintien

Conformément à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'ancien adhérent bénéficie du maintien des garanties à compter de la date d'effet de la rupture de son 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, à conditions toutefois que :

- le contrat de travail de l'adhérent soit rompu pour une cause autre que la faute lourde ;
- le droit aux prestations du contrat ait été ouvert avant la date de cessation du contrat de travail ;
- la rupture du contrat de travail ait ouvert droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage. L'adhérent devra faire parvenir à l'assureur les documents justifiant son inscription et sa prise en charge par Pôle emploi dans les meilleurs délais suivant la rupture de son contrat de travail. Nous nous réservons le droit de demander tout justificatif de prise en charge. À défaut de réception, la portabilité des garanties cessera.

Les adhérents répondant à ces conditions bénéficieront d'un maintien des garanties aux mêmes conditions que les adhérents en activité au sein de l'entreprise.

Toute modification des garanties de ces derniers sera répercutée sur les garanties des bénéficiaires de la portabilité.

Le maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit de l'ancien adhérent inscrits à titre obligatoire au contrat qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées à la date de cessation du contrat de travail.

Cessation

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

- à la date à laquelle l'ancien membre du personnel reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien membre du personnel cesse de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- à l'arrivée du terme des droits acquis par l'ancien membre du personnel au titre de la portabilité des garanties ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite par l'ancien membre du personnel ;
- 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 l'adhérent ne retourne pas les justificatifs de prise en charge par Pôle emploi, que nous aurons demandé.

L'entreprise s'engage à informer l'assureur, de la cessation prématurée du bénéfice de l'indemnisation chômage par l'ancien membre du personnel. Le maintien des garanties cesse pour les ayants droit inscrits, en même temps que l'ancien adhérent.

3.4.2 Le 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, les anciens adhérents peuvent bénéficier d'un maintien de garanties frais de santé, à condition qu'ils en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur 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 et les anciens adhérents bénéficiaires :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- d'une pension retraite ;
- d'un revenu de remplacement, s'ils sont privés d'emploi.

Les anciens adhérents bénéficiant du maintien de leurs garanties au titre de la portabilité (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale) pourront bénéficier de ce dispositif à la fin de la période de portabilité de leurs garanties.

Sont également concernés par ce dispositif les ayants droit d'un adhérent décédé pour une durée minimale de douze mois à compter de la date du décès de l'adhérent et sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six mois qui suivent le décès (à condition toutefois qu'ils aient été inscrits comme bénéficiaires avant la date du décès de l'adhérent). La nouvelle garantie prendra effet le lendemain du jour de la demande et sera acquise sans formalité médicale.

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

3.4.3 Le 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, les anciens adhérents peuvent demander leur adhésion à un contrat individuel de même nature, 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.

3.5 Règlement des prestations

Dans les départements où l'assureur a signé un accord avec la caisse d'assurance maladie, les bénéficiaires des garanties peuvent profiter de la télétransmission pour le remboursement de leurs dépenses de santé. L'assureur, directement relié aux services informatiques des différentes caisses, fera un traitement simultané du calcul de la participation complémentaire au remboursement des frais exposés et effectuera le paiement correspondant.

Ainsi, les bénéficiaires ne transmettront pas le décompte des prestations du régime obligatoire.

Lorsque l'adhérent et ses ayants droit ne bénéficient pas de la télétransmission avec leur Caisse d'assurance maladie, ou que les frais n'ont pas été pris en charge directement par la Sécurité sociale mais sont garantis par le contrat, différents documents justifiant les dépenses de santé seront à transmettre à l'assureur pour obtenir le remboursement des dépenses de santé.

Chapitre 4

Les cotisations

4.1 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 aux dispositions particulières.

4.2 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.

4.3 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables par trimestre civil à terme échu dans les dix jours suivant la réception des appels de cotisations par l'entreprise. En fonction des déclarations fournies en fin d'année d'assurance par l'entreprise, les cotisations sont susceptibles de faire l'objet d'un ajustement en début d'année suivante.

Ces déclarations portent sur les mouvements de personnel.

Les cotisations relatives aux garanties optionnelles pourront être directement prélevées sur un compte bancaire de l'adhérent, si l'entreprise le souhaite.

4.4 Non-paiement des cotisations

L'entreprise est seule responsable du 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 2.2.4 « Résiliation du contrat » en cas de non-paiement d'une ou plusieurs cotisations par l'entreprise.

Cette procédure entraînera la résiliation de l'ensemble du contrat d'assurance collectif.

Chapitre 5

Les autres dispositions

5.1 Réclamations – Médiation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

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

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations à l'adresse suivante : Service Réclamations – Prévoyance et Santé – TSA 36003 – 59781 Lille Cedex.

En dernier recours : le Département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par votre service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le médiateur de la FFSA

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

5.2 Loi informatique et libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du médecin-conseil, 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

5.3 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2^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 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.



L'avenir commence ici.

*Swiss Life Prévoyance et Santé
Siège social :
7, rue Belgrand
92300 Levallois-Perret
SA au capital social
de 150 000 000 €
entreprise régie par
le Code des assurances
322 215 021 RCS Nanterre
www.swisslife.fr*