

Swiss santé

Ma formule hospitalisation

Assurance remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation

Dispositions Générales

valant notice d'information



Madame, Monsieur,

Votre contrat est composé :

- des présentes dispositions générales qui définissent le fonctionnement du contrat et exposent les différentes garanties possibles ;
- des dispositions personnelles stipulant l'identité des personnes assurées et la formule de garantie que vous avez choisie.

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

Sommaire

Lexique	4
---------------	---

I - Les garanties d'assurance 5

1 - Objet du contrat	5
2 - Entrée en vigueur des garanties	5
3 - Assurance des nouveau-nés	5
4 - Etendue territoriale des garanties	5
5 - Cas où la garantie ne s'exerce pas	5

II - La vie du contrat 7

1 - Vos déclarations	7
2 - Conclusion et prise d'effet	7
3 - Durée	7
4 - Résiliation	7
5 - La cotisation	8
6 - Règlement des prestations	9
7 - Subrogation	10
8 - Prescription	10
9 - Droit de communication et de rectification (loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée)	10
10 - Examen des réclamations	11
11 - Contrôle des assurances	11

LEXIQUE

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

Vous :

Désigne le souscripteur ou l'assuré.

Nous :

Désigne la société d'assurance mentionnée aux dispositions personnelles

Souscripteur :

La personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

Assuré :

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

Domicile :

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

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Accident :

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

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.

Transport :

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

Régime obligatoire :

Régime légal de prévoyance social auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

Tarif de convention :

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhéré aux Conventions Nationales.

Tarif de responsabilité :

Tarif arrêté par les Pouvoirs Publics et qui s'applique au remboursement des séjours hospitaliers et à certains actes.

Tarif d'autorité :

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale :

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements des régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

Echéance principale :

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

Echéance :

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

Avenant :

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

I - Les garanties d'assurance

1 - Objet du contrat

Le contrat Swiss Santé, Ma formule hospitalisation a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité, constaté médicalement et survenu postérieurement à la prise d'effet des garanties en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire. Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débutés postérieurement à la date d'effet du contrat. Les remboursements dépendent des garanties choisies et indiquées aux dispositions personnelles. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

En fonction du type de formule et des garanties prévues et mentionnées aux Dispositions Personnelles, le contrat garantit :

1.1 Les frais liés à une hospitalisation

Il s'agit du remboursement de vos dépenses de soins de santé nécessités par une maladie ou un accident et prodigués au cours d'un séjour d'au moins 24 heures en établissement hospitalier.

- Les frais de séjour en établissement hospitalier,
- les honoraires chirurgicaux,
- les frais de radiothérapie, médicaments, et autres frais annexes à une opération,
- le forfait journalier,
- le remboursement de la chambre particulière dans la limite du plafond journalier prévu,
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté,
- la visite ou la consultation pré et post opératoire nécessitée par une intervention chirurgicale,
- le remboursement des frais pour le lit d'accompagnant pendant 15 jours par an, en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire du contrat accompagné par son conjoint, un ascendant direct ou un enfant, dans les limites du plafond journalier prévu.

Nous remboursons également les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures.

2 - Entrée en vigueur des garanties

Les garanties de votre contrat, ainsi que les augmentations de garantie et les extensions d'assurance, prévues par avenant sont acquises :

- immédiatement en cas d'accident,
- après un délai d'attente de 3 mois en cas de maladie ou de maternité.

3 - Assurance des nouveau-nés

Le nouveau-né peut être assuré immédiatement et l'enfant est garanti sans délai d'attente. Les éventuelles affections congénitales sont couvertes si l'un des parents est assuré depuis plus de 9 mois au jour de la naissance.

Le bulletin de naissance devra nous parvenir dans le mois qui suit la naissance.

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

4 - Etendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le Régime Obligatoire intervient. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'Etat Français. Cette extension de garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France métropolitaine.

5 - Cas où la garantie ne s'exerce pas

- **Les maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :**
 - d'un acte intentionnel de l'assuré,
 - de l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits,
 - de l'alcoolisme, de l'ivresse ou de la démence,
 - de la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense,
 - de la guerre étrangère, de la guerre civile,
 - de la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage,
 - de cataclysme,
 - de la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité

- **Sont également exclus de la garantie :**
 - les maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois,
 - les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour,
 - les traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti,
 - les frais de diététique (hospitalisation et traitements),
 - les cures de rajeunissement ainsi que leurs suites,
 - les traitements par psychanalyse,
 - les frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants,
 - la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements afférents,
 - la pratique des sports mécaniques et aériens (y compris alpinisme, spéléologie).
 - Par ailleurs, les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités à 90 jours pour toute la vie du contrat.

II - La vie du contrat

1 - Vos déclarations

1.1. A la souscription

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

1.2. En cours de contrat

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

- changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès),
- cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au Régime Obligatoire,
- changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine.

1.3. A la souscription ou en cours de contrat

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée adressée à notre siège social ou à notre représentant conformément aux dispositions de l'article L113.2 du Code des Assurances. La circonstance nouvelle doit être déclarée par l'assuré dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

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

- Article L113.8 - Nullité du contrat,
- Article L113.9 - Réduction des indemnités.

2 - Conclusion et prise d'effet

2.1. Conclusion du contrat

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

2.2. Prise d'effet

Le contrat produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation ou fraction

de cotisation et au plus tôt à la date fixée aux dispositions personnelles.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat.

3 - Durée

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

4 - Résiliation

4.1. Par vous :

- En cas d'exercice de votre droit à renonciation dans le cadre et dans les conditions prévus par les articles L. 112-9 et L. 112-2-1 du Code assurances et les articles L. 121-20-8 et suivants du Code de la consommation.
- Chaque année à l'échéance anniversaire du contrat moyennant préavis d'au moins deux mois.
- En cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, **si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.** La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification.
- En cas d'augmentation de votre cotisation annuelle supérieure à la variation de l'indice, selon les dispositions du paragraphe 5.2.
L'ajustement de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

4.2. Par nous :

Chaque année pour :

- non paiement des cotisations,
- réticence ou fausse déclaration à la souscription, ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues : la résiliation prend alors effet 10 jours après sa notification.

4.3. De plein droit :

En cas de décès du souscripteur. Si d'autres assurés sont garantis, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.

4.4. Forme de la résiliation

Par vous :

Dans tous les cas où vous avez la faculté de demander la résiliation, vous pouvez le faire :

- soit par lettre recommandée à notre siège social ou auprès de votre Centre relations clients ; la résiliation prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception par la compagnie,
- soit en effectuant une déclaration contre récépissé à notre siège social,
- soit par acte extra-judiciaire.

La résiliation pour l'un des événements repris au 3^{ème} alinéa du paragraphe 4.1 devra être effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception, en indiquant la nature de l'événement justifiant cette résiliation.

Par nous :

La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée au dernier domicile connu de nous.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue, sauf dans les cas ci-dessous :

- non paiement des cotisations,
- réticence ou fausse déclaration à la souscription, ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

4.5. Conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations

Les prestations sont dues, pour les soins et traitements en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

4.6. Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation

4.6.1 En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L. 112-9 du Code des assurances

- Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.
- En cas de renonciation l'assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets.

- L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

4.6.2 En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L. 112-2-1 du Code des assurances et L. 121-20-8 et suivants du Code de la consommation (commercialisation à distance)

- Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse du souscripteur.
- La cotisation dont le souscripteur est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.
- Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

5 - La cotisation

5.1 Montant des cotisations

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

Elle évolue contractuellement, à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés, de 2 % jusqu'à l'âge de 65 ans et de 3 % à partir de 66 ans.

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

5.2. Variation des cotisations

La cotisation évolue également à chaque échéance principale du contrat en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et de la structure de nos remboursements.

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

5.3. Révision du tarif

L'assureur peut être amené à modifier son tarif en cas :

- d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties,
- de modification des prestations allouées par votre Régime Obligatoire,
- de modifications législatives, réglementaires ou fiscales.

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

Dans cette hypothèse, vous pourrez résilier le contrat ou l'adhésion, dans les trente jours suivant la date où vous aurez eu connaissance de cette modification, la résiliation intervenant un mois après sa notification. Vous verserez la portion de cotisation calculée sur la base du tarif précédent, au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation.

5.4. Paiement des cotisations

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

En cas de non-paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser une lettre recommandée de mise en demeure et suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre. Nous pouvons résilier le contrat 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours et réclamer la totalité de la cotisation annuelle échue.

Le contrat, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés.

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux prestations se

rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période.

6 - Règlement des prestations

6.1. Comment obtenir le règlement des prestations ?

Pour obtenir le règlement des prestations, vous devez nous faire parvenir :

- les décomptes originaux des prestations des Régimes Obligatoires,
- les ordonnances, les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires de chirurgiens,
- les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire,
- lorsque l'assuré bénéficie d'un autre Régime complémentaire, les décomptes de prestations de ce régime.

6.2. Renseignements complémentaires

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

6.3. Expertise

- Sauf cas de force majeure, l'assuré malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. L'assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que nous avons mandaté sont à notre charge, l'assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix.
- La décision sera communiquée à l'assuré par notre Médecin Conseil.
- Si l'assuré ne l'a pas contesté dans les 30 jours, le diagnostic du Médecin Conseil est considéré comme acquis. En cas de désaccord, l'assuré doit transmettre une attestation médicale contradictoire.
- Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les médecins désignent un expert (s'ils n'y parviennent pas, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu du domicile de l'assuré).
- Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

- Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés moitié par nous, moitié par vous.
- Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

6.4. Délais à respecter

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises trois mois au plus tard après la date des soins.

6.5. Sanctions

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser notre remboursement.

7 - Subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément à l'article L121.12 du Code des Assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

8 - Prescription

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

Article L. 114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration 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 per-

sonne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2 :

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 :

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

9 - Droit de communication et de rectification

(Loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée)

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est **SwissLife Prévoyance et Santé**. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès de la Direction Services Clients : **1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 59671 Roubaix Cedex 1.**

Les données personnelles recueillies seront utilisées par le Groupe Swiss Life, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
- l'envoi de documents sur les produits des sociétés du Groupe Swiss Life. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier

à l'adresse précitée.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

10 - Examen des réclamations

En cas de difficultés liées à votre contrat, nous vous conseillons de consulter tout d'abord votre intermédiaire d'assurance ou, à défaut, le Centre de relations clients qui gère votre contrat .

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les conditions d'accès au Médiateur vous seront communiquées sur simple demande à notre siège social :

Swiss Life Prévoyance et Santé
86, Boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08.

11 - Contrôle des assurances

Autorité chargée du contrôle :

Autorité de contrôle
des assurances et des mutuelles prudentiel
(ACP)
61, rue Taitbout
75009 PARIS



Pour chaque tonne d'imprimés papiers qu'elle émet, Swiss Life verse une contribution financière à Ecofolio.



Mod. 3860 - 05.2010 Conception-Rédaction : Engagements & Produits - Création graphique : Communication Swiss Life - Imp. Centrale de Béthune Nouvelle

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :

86, boulevard Haussmann

75380 Paris Cedex 08.

SA au capital de €150.000.000.

Entreprise régie par le code

des assurances

322.215.021 RCS Paris.

www.swisslife.fr