

# Swiss santé

Assurance remboursement des frais médicaux,  
chirurgicaux et d'hospitalisation

**Formules fondamentales**



# Madame, Monsieur,

Vous avez souscrit un contrat d'assurance frais médicaux Swiss santé.

Nous vous remercions de votre confiance. Votre souscription est différente selon le statut dont vous bénéficiez :

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

- Vous adhérez au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'association AGIS dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite Loi « Madelin »
- Votre adhésion est composée :
  - ✓ de la présente notice d'information qui définit le fonctionnement du contrat et présentent les différentes garanties possibles
  - ✓ du certificat d'adhésion stipulant l'identité des personnes assurées et la formule de garantie que vous avez choisie

Vous ne bénéficiez pas du régime « Madelin »

- Vous souscrivez auprès de Swiss Life Prévoyance et Santé un contrat individuel.
- Votre contrat est composé :
  - ✓ des présentes dispositions générales qui définissent le fonctionnement du contrat et présentent les différentes garanties possibles
  - ✓ des dispositions personnelles stipulant l'identité des personnes assurées et la formule de garantie que vous avez choisie

# SOMMAIRE

<b>I. LES GARANTIES D'ASSURANCE</b>	<b>5</b>
1- Que garantit le contrat ?	5
2- Entrée en vigueur des garanties	7
3- Assurance des nouveau-nés	7
4- Etendue territoriale des garanties	7
5- Cas où la garantie ne s'exerce pas	7
<b>II. LA VIE DU CONTRAT</b>	<b>8</b>
1- Vos déclarations	8
2- Formation et prise d'effet du contrat	8
3- Durée	8
4- Résiliation	8
5- La cotisation	9
6- Règlement des prestations	10
7- Subrogation	10
8- Prescription	10
9- Droit de communication et de rectification (Loi 78.17 du 6 janvier 1978)	10
10- Examen des réclamations	10
11- Contrôle des assurances	11

# LEXIQUE

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

<b>VOUS</b>	: Désigne le souscripteur, l'adhérent ou l'assuré.
<b>NOUS</b>	: Désigne la société d'assurance mentionnées aux dispositions personnelles.
<b>SOUSCRIPTEUR</b>	: La personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.
<b>ADHERENT</b>	: La personne signant le bulletin d'adhésion et désignée au certificat d'adhésion.
<b>ASSURÉ</b>	: La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux dispositions personnelles.
<b>DISPOSITIONS PERSONNELLES</b>	: Désignent également le certificat d'adhésion.
<b>DOMICILE</b>	: Lieu de résidence principale ou adresse du souscripteur, de l'adhérent ou de l'assuré précisée aux dispositions personnelles.
<b>MALADIE</b>	: Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
<b>ACCIDENT</b>	: Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.
<b>HOSPITALISATION</b>	: 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.
<b>TRANSPORT</b>	: 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.
<b>RÉGIME OBLIGATOIRE</b>	: Régime légal de prévoyance sociale auquel est obligatoirement affilié l'assuré.
<b>TARIF DE CONVENTION</b>	: 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.
<b>TARIF DE RESPONSABILITE</b>	: Tarif arrêté par les Pouvoirs Publics et qui s'applique au remboursement des séjours hospitaliers et à certains actes.
<b>TARIF D'AUTORITÉ</b>	: Tarif servant de base au remboursement des honoraires et soins dispensés par des praticiens non conventionnés.
<b>NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS</b>	: Liste des actes médicaux remboursables par les Régimes Obligatoires. Les actes sont symbolisés par une lettre : Exemple : C = Consultation K = Acte Opératoire.
<b>ECHEANCE PRINCIPALE</b>	: Date de renouvellement du contrat ou de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.
<b>ECHEANCE</b>	: Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.
<b>AVENANT</b>	: Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

# I - LES GARANTIES D'ASSURANCE

## 1- Que garantit le contrat

En fonction du type de formule et des garanties prévues, le contrat garantit :

### 1.1. Le remboursement des frais médicaux :

Le contrat Swiss Santé Formules Fondamentales a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux occasionnés par une maladie ou un accident, 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 ou de l'adhésion.

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

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnée aux dispositions personnelles, le contrat garantit le remboursement des frais médicaux suivants :

#### 1.1.1 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 ne prévoyant pas un forfait journalier ainsi que les honoraires chirurgicaux et les frais de radiothérapie, les médicaments, les frais annexes à une opération.
- frais de séjour en établissement prévoyant un forfait journalier (le coût de l'acte opératoire et des frais annexes est inclus dans le prix de journée de l'établissement hospitalier).
- 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 nécessitées par une intervention chirurgicale,

- Le remboursement des frais pour le lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant assuré, âgé de moins de 14 ans, et ce pendant 15 jours par an dans les limites du plafond journalier prévu.

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

#### 1.1.2 Les frais dentaires

Le contrat prévoit le remboursement des actes suivants :

- les soins et prothèses dentaires, les frais d'orthodontie pris en charge par votre régime obligatoire
- les prothèses dentaires, les implants, l'orthodontie, la paradontologie non pris en charge par le Régime Obligatoire ou hors nomenclature, dans les limites du plafond annuel prévu.
- certains actes de prévention dentaires non remboursés par le régime obligatoire (curetage sous gingival et pose d'un vernis fluoré) dans la limite du forfait prévu.

Après 2 ans d'assurance dans cette garantie, les remboursements des frais dentaires, pris en charge par le régime obligatoire, sont majorés selon les montants prévus. Il s'agit d'un bonus fidélité.

#### 1.1.3 Les frais et appareils d'optique

Nous remboursons les frais d'optique en complément du remboursement de votre régime obligatoire.

Notre remboursement est exprimé sous la forme de forfaits différenciés pour les verres et les montures. Les montants indiqués tiennent compte du remboursement du régime obligatoire.

En ce qui concerne les montures, il est prévu un remboursement tous les 2 ans pour les adultes et une fois par an pour les enfants.

En ce qui concerne les verres, il est prévu un remboursement tous les 2 ans pour les adultes et une fois par an pour les enfants sauf en cas de changement de correction d'au moins 0.5 dioptrie portant sur la sphère ou le cylindre.

Les forfaits sont versés également en cas de chirurgie réfractive de la myopie, sur prescription médicale.

Le forfait lentille couvre les lentilles correctives prises en charge ou non par le Régime Obligatoire. Il est versé une fois par année d'assurance et par personne dans la limite des frais réels.

Pour le remboursement des actes médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels de la Sécurité Sociale ou du tarif Interministériel des Prestations Sanitaires (TIPS). Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie (la date des soins retenue par le Régime Obligatoire sert de référence).

En dentaire, les dépenses doivent également être situées dans la période de garantie, ainsi que les dates de propositions et d'exécution des travaux.

## 1.2 Le versement d'un Capital maladie grave

### 1.2.1 Objet de la garantie

Dès que le diagnostic de l'une des maladies graves, définies ci-après, est posé et qu'il a été reconnu par le médecin conseil de l'assureur, ou dès que la greffe d'organe a été réalisée, un capital dont le montant est indiqué aux dispositions personnelles est versé à l'assuré. Seules les maladies dont la 1<sup>ère</sup> manifestation ou la 1<sup>ère</sup> constatation médicale intervient plus de 180 jours après la date d'effet de la garantie ouvrent droit à la prestation.

**Cette garantie ne fait pas partie des garanties prévues dans le cadre du contrat d'assurance de groupe**

« Madelin »

### 1.2.2 Cessation de la garantie

La garantie cesse à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans.

### 1.2.3 Définitions

Par " maladie grave ", on entend :

a) Cancer :

Par cancer, on entend une tumeur maligne démontrée par l'histologie et caractérisée par la croissance et la dissémination incontrôlée de cellules malignes avec invasion des tissus sains. Sont inclus dans cette définition la leucémie, les lymphomes et les diverses formes de maladies de Hodgkin.

**Toutefois, aucune prestation n'est due dans les cas de diagnostic suivants :**

- **les cancers in situ non invasifs (incluant les dysplasies cervicales) ou décrits histologiquement comme non invasifs**

- **les mélanomes de moins de 1,5 millimètres d'épaisseur constatés par examen histologique ou avec un degré de prolifération inférieur au niveau trois de l'échelle de Clark,**
- **les hyperkératoses cutanées ou les carcinomes basocellulaires de la peau,**
- **les tumeurs de la peau à l'exclusion des mélanomes malins invasifs,**
- **les sarcomes de Kaposi et les autres tumeurs dues à la présence du Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH) ou au Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise (SIDA),**
- **les cancers de la prostate histologiquement définis en classe T1(a) ou T1(b) ou dans une classe inférieure de la classification TNM.**

b) Infarctus du myocarde :

Il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques.

c) Accident vasculaire cérébral :

L'accident vasculaire cérébral est défini comme un infarctus du tissu cérébral, une hémorragie ou une embolie d'origine extra-crânienne entraînant des symptômes neurologiques durant plus de 24 heures. Le diagnostic d'un déficit neurologique permanent devra être confirmé par un neurologue au plus tôt 6 semaines après sa constitution. Avant ce délai, aucun sinistre ne peut être reconnu.

**Sont exclus les symptômes cérébraux secondaires à des migraines, les lésions cérébrales traumatiques au hypoxémiques, les pathologies vasculaires affectant les yeux ou le nerf optique et les changements ischémiques du système vestibulaire**

d) Chirurgie coronarienne :

Sont prises en considération, les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale à avec un pontage coronarien.

e) Greffe d'organe:

Sont couvertes les transplantations du coeur (transplantation complète), du poumon, du foie, du pancréas.

f) Défaillance rénale :

Est prise en considération la défaillance chronique et irréversible des deux reins, impliquant la mise en place d'une dialyse rénale régulière ou la transplantation d'un rein.

g) Cécité

Perte totale et irréversible cliniquement vérifiée de la fonction visuelle des deux yeux, occasionnée par une maladie aiguë ou un accident.

## **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 6 mois sauf
- 9 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie, la parodontologie.

## **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 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 :**

- 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 de 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 grossesses et accouchements
- les séjours en centre de gériatrie ou de gérontologie, ou tout autre établissement dit de long séjour pour personnes âgées,
- 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 aérisme, 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 neuro-dépressives seront limités à 90 jours pour toute la vie du contrat ou de l'adhésion.

### **■ Exclusions propre à la garantie maladie grave :**

- Le capital maladie grave n'est pas versée aux personnes exonérées du ticket modérateur à la souscription du contrat.
- Cette garantie est exclue si vous souscrivez dans le cadre de l'assurance de groupe " Madelin "



# II - LA VIE DU CONTRAT

## 1- Vos déclarations

---

### 1.1. A la souscription ou à l'adhésion

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

### 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, à l'adhésion 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- Formation et prise d'effet

---

Le contrat ou l'adhésion produira ses effets le lendemain

à midi du jour du paiement de la première cotisation et au plus tôt à la date fixée aux dispositions personnelles. Les mêmes conditions s'appliquent à tout avenant au contrat ou à l'adhésion.

## 3- Durée

---

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

## 4- Résiliation

---

### 4.1. Par vous :

- Chaque année à l'échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion moyennant préavis d'au moins deux mois.
  - En cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, en cas 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, à l'adhésion 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 ou de l'adhérent, si d'autres assurés sont garantis, le contrat ou l'adhésion 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 du contrat, vous pouvez le faire :

- soit par lettre recommandée auprès du siège social de la Société ou auprès du représentant désigné de cette dernière ou auprès de votre Centre régional de santé,
- soit en effectuant une déclaration contre récépissé au siège social ou chez le représentant désigné de l'assureur,
- soit par acte extra judiciaire.

La résiliation pour l'un des événements repris au paragraphe 4.1 2ème alinéa devra être effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception, lettre indiquant la nature de l'événement justifiant cette résiliation.

#### Par nous :

La résiliation du contrat 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.

## 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 publié 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

Une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules, sur une catégorie de risques ou de garanties peut nous amener à changer les conditions tarifaires. Dans cette hypothèse, vous pourrez résilier le contrat, 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.

D'autre part, si les prestations allouées par votre régime obligatoire viennent à être modifiées, nous pourrions revoir la cotisation en conséquence à partir de l'échéance qui suit immédiatement cette modification.

### 5.4. Paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. L'assureur peut 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, l'assureur indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice peut adresser une lettre recommandée de mise en demeure et suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre. Il peut 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 ou l'adhésion, 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 faits acquittés justifiant les dépenses réelles,
- Lorsque l'assuré bénéficie d'un autre Régime complémentaire, les décomptes de prestations de ce régime.
- En cas de frais d'optique, la facture détaillée établie par l'opticien,
- La notification de refus de remboursement par votre Régime Obligatoire en cas de prise en charge d'acte dentaire refusé par le Régime Obligatoire.
- Pour obtenir le versement du capital maladie grave, l'assuré doit transmettre à l'Assureur, dans les trente jours qui suivent le diagnostic d'une des maladies mentionnées en II 1.2 1, un rapport médical établi par le médecin spécialiste ainsi que le cas échéant un compte rendu anatomopathologique et/ou un compte rendu opératoire.

### **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 soit directement, soit par l'intermédiaire de votre médecin.

### **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 ayant la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin mandaté par la Compagnie sont à la charge de celle-ci, 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 l'expiration du traitement.

### **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**

---

Toutes actions dérivant du présent contrat ou adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance (Article L114.1 et 2 du Code des Assurances).

## **9- Droit de communication et de rectification (Loi 78.17 du 6 janvier 1978)**

---

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à l'usage du groupe SwissLife en France en vous adressant au siège social.

## 10- Examen des réclamations

---

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

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 au siège social de

Swiss Life Prévoyance et Santé,  
86, Boulevard Haussmann  
75008 Paris.

## 11- Contrôle des assurances

---

Autorité chargée du contrôle :

Commission de contrôle des assurances  
54bis, rue de Châteaudun  
75009 PARIS



**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](http://www.swisslife.fr)**