

DISPOSITIONS GENERALES
VALANT NOTICE D'INFORMATION

SWISS SANTE

SANS QUESTIONNAIRE DE SANTE

**ASSURANCE REMBOURSEMENT DE
FRAIS MEDICAUX,
CHIRURGICAUX ET D'HOSPITALISATION**

Société suisse 

Swiss Life 

Madame, Monsieur,

Vous avez souscrit un contrat d'assurance frais médicaux Swiss santé. Nous vous remercions de votre confiance.

Votre contrat d'assurance Swiss santé, régi par le code des Assurances, comprend deux parties :

- **Les dispositions Générales :**

Elles précisent la vie générale du contrat ainsi que les différentes garanties possibles.

- **Les dispositions Personnelles :**

Elles précisent les garanties que vous avez choisies, adaptent les dispositions générales à votre propre situation et fixent les règles particulières définies entre vous et notre société.

SOMMAIRE

DEFINITIONS	1
I – LES GARANTIES D’ASSURANCE	2
1. Objet du contrat	3
2. Que garantit le contrat.....	3
3. Entrée en vigueur des garanties.....	4
4. Assurance des nouveaux-nés	4
5. Etendue des garanties	4
6. Cas où la garantie ne s'exerce pas	4
II – LES GARANTIES D’ASSISTANCE	6
1. Généralités	7 et 8
2. Garanties accordées.....	8 à 16
III – LA VIE DU CONTRAT	17
1. Adhésion au contrat – déclaration du risque	18
2. Formation et prise d’effet du contrat.....	18
3. Formation et prise d’effet du contrat.....	18
4. Durée	18
5. Résiliation.....	18 et 19
6. Cotisation	19 et 20
7. Règlement des prestations.....	20 et 21
8. Subrogation.....	21
9. Prescription	21
10. Droit de communication et de rectification (loi 78.17 du 6 janvier 1978).....	21
11. Examen de réclamations.....	21
12. Contrôle des assurances	21

DEFINITIONS

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

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. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.
ASSURÉ :	La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux dispositions personnelles (le souscripteur, son conjoint ou son concubin, leurs enfants ayants-droit).
DOMICILE :	Lieu de résidence principale ou adresse du souscripteur ou de l'assuré précisée aux dispositions personnelles du contrat.
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 protection sociale 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 certains actes.
TARIF D'AUTORITÉ :	Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.
NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS :	Liste des actes médicaux remboursables par les Régimes Obligatoires. Les actes sont symbolisés par une lettre. Exemple : C = Consultation. K = Acte opératoire.
ÉCHÉANCE PRINCIPALE :	Date de renouvellement du contrat et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.
ÉCHÉANCE :	Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci.
AVENANT :	Modification du contrat et document matérialisant cette modification au contrat d'origine.

-+

**LES GARANTIES
D'ASSURANCE**

LES GARANTIES D'ASSURANCE

Ce contrat répond aux dispositions de l'article 63 de la loi de finances rectificative pour 2001 (n°2001 - 1276 du 28 décembre 2001) l'exonérant de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à compter du 1er octobre 2002. La souscription de ce contrat n'a pas donné lieu à recueil d'informations médicales auprès des assurés. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.

1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat Swiss santé a pour objet de vous garantir le remboursement des frais médicaux occasionnés par l'un des évènements suivants :

- une maladie,
- une maternité,
- un accident,

constatés médicalement, en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté 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.

2 - QUE GARANTIT LE CONTRAT ?

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnée aux dispositions personnelles, le contrat garantit :

2.1. Le remboursement des frais médicaux suivants :

- les frais de médecine générale et spécialisée (visites, consultations, déplacements de médecins, soins dispensés par les médecins),
- les actes des auxiliaires-médicaux,
- les médicaments,
- les analyses et examens de laboratoires,
- les radiographies, les soins et prothèses dentaires,
- les frais et appareils d'optique,
- les prothèses et appareils auditifs et orthopédiques,
- les interventions chirurgicales,
- les hospitalisations, y compris le forfait hospitalier,
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté, les cures thermales (forfait d'eau et forfait médical).

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).

2.2. Le versement d'indemnités forfaitaires suivantes :

- une indemnité en cas d'accouchement de l'assurée au prorata de la période garantie (également versée pour une adoption),
- un forfait optique en complément de notre remboursement pour les verres et les montures. Ce forfait couvre les lentilles non prises en charge par le Régime Obligatoire, ainsi que la chirurgie réfractive de la myopie, sur prescription médicale. Il est versé une fois par année d'assurance et par personne dans la limite des frais réels,
- une allocation forfaitaire en cas de cure thermale prise en charge par le Régime Obligatoire,
- une allocation obsèques en cas de décès d'un assuré, versée au conjoint, à défaut aux enfants de l'assuré par parts égales, à défaut aux autres héritiers.

2.3. Le remboursement de la chambre particulière, dans la limite du plafond journalier prévu.

LES GARANTIES D'ASSURANCE

2.4. Le remboursement des frais pour le lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant assuré, âgé de moins de 12 ans pendant 15 jours par an dans les limites du plafond journalier prévu.

2.5. Le remboursement des vaccins quand ceux-ci ne sont pas pris en charge par votre Régime Obligatoire, dans la limite du montant prévu.

2.6. Le remboursement des soins et des prothèses dentaires non pris en charge par le Régime Obligatoire ou hors nomenclature, dans la limite du plafond annuel prévu.

2.7. Le remboursement d'un examen d'ostéodensitométrie (mesure de la densité osseuse) en prévention de l'ostéoporose : un examen pour la vie du contrat.

2.8. Le remboursement de la dépose du holter tensionnel, sur la base d'une consultation de spécialiste (CS).

2.9. Les remboursements des frais dentaires et d'optique sont majorés selon les montants prévus si l'assuré a souscrit ce contrat complémentaire de frais médicaux depuis au moins 4 ans. Il s'agit d'un bonus fidélité.

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.

3 - 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 **sans délais d'attente**.

4 - ASSURANCE DES NOUVEAU-NÉS

Le nouveau-né peut être assuré immédiatement et l'enfant est garanti sans délai d'attente. 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.

5 - 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'État français. Cette extension de garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France métropolitaine.

6 - 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 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 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 aérium, home d'enfants,
- les frais relatifs à des soins prophylactiques,
- 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.

-II-

LES GARANTIES D'ASSISTANCE

LES GARANTIES D'ASSISTANCE

COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE

Téléphone : de France **01 53 21 24 00**
: de l'Etranger **33 1 53 21 24 00**
Télex : 282 788
Télécopie : 01 53 21 24 88
Télégramme : GASSIST PARIS FRANCE

24h/24
en indiquant le numéro du contrat

IMPORTANT Pour la mise en jeu des prestations d'assistance, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, télex, fax) et avoir donné son accord préalable.

1 - GÉNÉRALITÉS

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance accordés aux «bénéficiaires» tels que désignés ci-dessous.

Ces prestations sont gérées par GARANTIE ASSISTANCE (ci-après dénommée G.A.), entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS.

1.1. Bénéficiaires

Le titulaire du contrat frais de Santé souscrit auprès de la SOCIETE SUISSE SANTE, ci-après dénommé l'assuré, - son conjoint ou concubin, - ses enfants et ascendants fiscalement à charge vivant sous son toit, - ses petits-enfants à charge.

1.2. Validité territoriale

Assistance Vie Quotidienne

Les services proposés sont utilisables au domicile de l'assuré.

Assistance Voyages/Déplacements

Les garanties sont acquises en France à plus de 25 Km du domicile de l'assuré et dans les pays du Monde Entier.

1.3. Prise d'effet et durée

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat d'assurance auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante (date d'effet, durée, renouvellement, résiliation...)

1.4. Définitions

On entend par :

Domicile : la résidence principale de l'assuré située en France métropolitaine, Andorre ou Monaco.

Maladie : toute altération de la santé, médicalement constatée.

Accident : toute lésion corporelle provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une action extérieure.

1.5. Engagement financier

Pour la mise en jeu des prestations d'assistance, G.A. doit avoir été prévenue (par téléphone, télex, fax) et avoir donné son accord préalable. L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations d'assistance ne donne lieu à aucun remboursement.

1.6. Exclusions

Dans tous les cas, C.A. ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales. Elle ne sera pas tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolutions, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques (tempêtes, ouragans), état de belligérance, situation politique, etc... Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, sont exclus du contrat.

Exclusions communes à l'assistance Vie Quotidienne et à l'Assistance Voyages/Déplacements

- les maladies mentales,
- les maladies chroniques et/ou répétitives, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche,
- les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- les tentatives de suicide et états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool,
- toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc...

Exclusion spécifique à l'Assistance Vie Quotidienne:

- les états de grossesse et leurs complications à l'exception des séjours prolongés en maternité (plus de 8 jours).

Exclusions spécifiques à l'Assistance Voyages/Déplacements

- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ou son séjour,
- les convalescences et affections en cours de traitement et non encore totalement guéries au moment du déplacement,
- les états de grossesse sauf complications imprévisibles.

1.7. Prescription

Toute action découlant d'un abonnement G.A. est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance.

1.8. Subrogation

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge G.A. dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

2 - GARANTIES ACCORDÉES

2.1. Assistance Vie Quotidienne

VIE PRATIQUE

Les prestations ci-après s'appliquent sur simple appel du bénéficiaire.

2.1.1. Info Santé

INFO SANTE est un service d'informations générales, animé par les médecins de l'équipe médicale de G.A., destiné à répondre à toute question de nature médicale et, notamment dans les domaines suivants

- la santé,
- les vaccinations,
- la mise en forme,
- la diététique,
- la puériculture.

Les médecins peuvent répondre à toutes demandes vous concernant, vous ou votre famille. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter et, en aucun cas, il ne peut remplacer votre médecin traitant. Il est à disposition du lundi au samedi de 9H à 19H. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

De plus, en cas d'urgence médicale, votre premier réflexe doit être d'appeler votre médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

2.1.2. Info voyages

G.A. peut vous fournir des renseignements sur les formalités administratives concernant les pays étrangers dans lesquels vous devez vous rendre.

L'équipe médicale G.A. est à votre disposition pour vous indiquer les obligations en matière de vaccins et les précautions d'usage avant, pendant et après les voyages, selon les pays visités.

Elle est également disponible pour vous venir en aide si vous vous trouvez confronté à l'étranger à des difficultés pour consulter sur place.

2.1.3. Problèmes de l'enfance

Si votre enfant est perturbé dans la scolarité (blocage scolaire, incompatibilité avec un professeur ...) ou manifeste un rejet de son environnement social (drogue, fugue, dépression ...), les médecins de l'équipe médicale G.A. répondent à toute question et procurent un conseil pédagogique et psychologique adapté.

2.1.4. Service de dépannage

Nous organisons à la demande du bénéficiaire l'intervention d'un réparateur. Les domaines concernés sont les suivants : serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie.

Vous ne pourrez avoir recours à ce service qu'en cas de panne ou de dysfonctionnement d'un appareil ou d'une installation résultant directement et exclusivement d'un événement à caractère accidentel. Les travaux effectués (pièces et main d'oeuvre) seront réglés directement par l'assuré au prestataire contacté.

2.1.5. Acheminement des médicaments

Si vous ne pouvez temporairement vous déplacer, à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, G.A. vous envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par votre médecin, lors d'une visite (le coût des médicaments n'est pas à la charge de G.A.).

2.1.6. Transmission de messages urgents à caractère personnel

En cas de nécessité, GARANTIE ASSISTANCE assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du bénéficiaire ou à un de ses proches (et inversement), y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du bénéficiaire.

2.1.7. Assistance Obsèques

GARANTIE ASSISTANCE, en cas de nécessité, aide à l'organisation des obsèques du bénéficiaire (en accord avec les Organismes de Pompes Funèbres). Les frais engagés restent à la charge du bénéficiaire.

2.1.8. Avance de fonds en cas de décès

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint ou concubin, enfants ou petits-enfants à charge) GARANTIE ASSISTANCE procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêt et après versement d'une caution par un proche ou toute autre personne désignée par lui, une somme de 763 € TTC (5 004,95 F) ou moins, si une somme inférieure est suffisante.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds ou dans le cas où l'avance consentie peut permettre de débloquer une situation. Elle est remboursable dans un délai d'un mois à compter de la date du versement.

SANTE

Les prestations d'assistance ci-après ne peuvent être mises en œuvre qu'après l'accord d'un médecin de G.A. qui en jugera de la nécessité et de l'opportunité, par exemple en prenant contact avec le médecin traitant ou intervenant.

En outre, G.A. se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement soudain qui conduit le bénéficiaire à solliciter son aide (justificatifs médicaux, certificat de décès, attestation de l'employeur..

2.1.9. Envoi d'un médecin

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire.

A la demande du bénéficiaire, le service médical de G.A. envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, un médecin au domicile du bénéficiaire. Cette garantie s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel du bénéficiaire ne peut être joint. Les frais, soins et honoraires de ce médecin

restent à la charge du bénéficiaire.

G.A. ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours qu'il convient d'appeler en tout premier lieu si nécessaire.

2.1.10. Transfert à l'hôpital et retour au domicile

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire.

Sur demande du médecin sur place, si l'état de santé du bénéficiaire nécessite son hospitalisation, G.A. envoie une ambulance pour son transport au centre médical le plus proche du domicile.

A l'issue de l'hospitalisation, G.A. organise, si nécessaire, sur prescription médicale, le retour du bénéficiaire à son domicile en ambulance ou véhicule sanitaire léger (VSL).

G.A. ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours qu'il convient d'appeler en tout premier lieu si nécessaire.

2.1.11. Voyage et hébergement d'un proche

Cette prestation s'applique en cas :

- *d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,*
- *d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin.*

Si le bénéficiaire se retrouve seul, G.A. organise et prend en charge :

- le voyage aller/retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France Métropolitaine, à concurrence d'un billet de train 1ère classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- le séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 153 € TTC (1 003,61 F) maximum.

2.1.12. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

Cette prestation s'applique en cas :

- *d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,*
- *d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,*
- *de séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours) pour une complication non liée à la grossesse et à l'accouchement,*
- *de décès du conjoint ou concubin,*
- *de maladie ou d'accident d'un des enfants ou petits-enfants nécessitant son immobilisation au domicile plus de 48 heures.*

Si les enfants ou petits-enfants ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'assuré, G.A. organise et prend en charge :

- soit leur garde au domicile de l'assuré dans la limite des disponibilités locales pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 77 € TTC (505,09 F) pour l'ensemble de la prestation,
- soit leur transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe chez un parent résidant en France Métropolitaine,
- soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France Métropolitaine au domicile de l'assuré,
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 458 € TTC (3 004,28 F) pour l'ensemble des enfants ou petits-enfants concernés.

2.1.13. Présence auprès des enfants

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives, à plus de 30 km du domicile, suite à maladie ou accident d'un enfant ou petit-enfant de moins de 10 ans.

G.A. prend en charge le séjour à l'hôtel du bénéficiaire ou de son conjoint ou concubin pendant 2 nuits à concurrence de 153 -E TTC (1003,61 F) maximum (les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge).

2.1.14. Garde des ascendants ou des personnes dépendantes à charge

Cette prestation s'applique en cas :

- *d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,*
- *d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin.*

Si les ascendants ou personnes dépendantes à charge résidant au domicile principal de l'assuré ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'assuré, G.A. organise et prend en charge :

- soit leur garde au domicile de l'assuré pendant un maximum de 20 heures effectives de travail réparties sur 15 jours. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 77 € TTC (505,09 F) pour l'ensemble de la prestation,
- soit leur transfert aller/retour, en avion classe touriste ou en train 1ère classe, chez un parent résidant en France Métropolitaine,
- soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France Métropolitaine au domicile de l'assuré.

2.1.15. Garde d'animaux domestiques

Cette prestation s'applique en cas :

- *d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,*
- *d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,*
- *de décès du conjoint ou concubin.*

Si l'animal se trouve sans surveillance au domicile et s'il ne peut être pris en charge par l'entourage de l'assuré, G.A. se charge de son hébergement chez un proche ou dans un établissement spécialisé.

G.A. prend en charge les frais de garde pendant un mois maximum, à concurrence de 229 € TTC (1 502,14 F). On entend par animaux domestiques, les animaux habituellement de compagnie (chiens, chats, oiseaux, hamsters, lapins domestiques, etc ...) à l'exception de tout animal sauvage même apprivoisé (serpents, araignées, félins, etc ...) et d'élevage (bovins, ovins, etc...)

2.1.16. Aide ménagère

Cette prestation s'applique en cas :

- *d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,*
- *d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin,*
- *de séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours),*
- *de décès du conjoint ou concubin.*

Si l'état de santé de l'assuré ou de son conjoint ou concubin le nécessite (ou en cas de décès) et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A. organise la mise en oeuvre d'une aide ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, selon le cas :

- pendant les deux premières semaines d'immobilisation lorsque le bénéficiaire n'a pas été hospitalisé,
- pendant l'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire sur une période de 15 jours,

à concurrence d'un maximum de 20 heures de travail effectif.

Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de G.A.

2.1.17. Ecole à domicile

Cette prestation s'applique en cas de maladie ou d'accident de l'enfant nécessitant son immobilisation pendant plus de 15 jours.

La garantie d'assistance est valable à compter du 1^{er} 6^{ème} jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant.

Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Education Nationale.

Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.

G.A. intervient à partir du 1^{er} jour d'immobilisation.

G.A. recherche et envoie au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (première et seconde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

G.A. prend en charge les coûts occasionnés à raison de 10 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine et de 2 heures de cours minimum dans la journée par matière ou par répétiteur.

Si vous demandez des cours au delà de 10 heures par semaine, ils seront financièrement à votre charge.

La prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire et cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Tout répétiteur scolaire possède les diplômes nécessaires à son activité et a fait l'objet d'une sélection particulièrement attentive de G.A..

Il est autorisé par vous à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant, afin d'examiner avec son instituteur ou ses professeurs habituels l'étendue du programme à étudier.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Conditions médicales nécessaires à la mise en oeuvre de la garantie

Vous devrez justifier votre demande en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire ainsi que la durée de son immobilisation.

Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de G.A.

Délai de mise en place

Dès réception de votre appel, G.A. mettra tout en oeuvre afin qu'un répétiteur scolaire soit au domicile de l'enfant le plus rapidement possible.

Le service «Ecole à domicile» ne s'applique pas

pour les maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat, lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.

2.1.18. Organisation de soins à domicile

Cette prestation s'applique en cas d'accident survenu au domicile, de maladie ou suite à une hospitalisation.

A la demande du bénéficiaire, G.A. met à sa disposition un service de soins à domicile (infirmière, auxiliaire de vie). Le coût de ce service reste à la charge du bénéficiaire.

JURIDIQUE

Les prestations ci-après s'appliquent sur simple appel du bénéficiaire.

G.A. peut fournir des informations **exclusivement d'ordre privé** dans les domaines suivants

2.1.19. Informations juridiques

Logement, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense-recours, salaires, contrats de travail, affaires sociales, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession.

2.1.20. Informations Vie Pratique

Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

Ces conseils, qui ne peuvent se substituer à une consultation juridique, sont à la disposition du bénéficiaire du lundi au samedi de 9 H à 19 H.

Dans certains cas, un délai pourra être nécessaire avant d'obtenir une réponse. G.A. se chargera alors d'appeler le bénéficiaire demandeur.

2.2. Remboursement des frais de télévision

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives quelle qu'en soit la cause, **à l'exclusion de la maternité, des cures thermales, de toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc ...) et de toute hospitalisation répétitive pour une même cause.**

G.A. rembourse les frais de location de télévision à l'hôpital dans la limite de 155 € TTC (1 0 16,73 F) par évènement. Dans ce cas, le bénéficiaire devra transmettre sa demande de remboursement à G.A. **accompagnée impérativement** de l'original de la facture des frais de télévision.

2.3. Assistance Voyages/ Déplacements

ASSISTANCE AUX PERSONNES

Les prestations ci-après s'appliquent en cas d'accident, maladie ou décès du bénéficiaire lors de tout déplacement ou séjour effectué **à titre privé ou professionnel**. La durée des séjours à l'étranger ne peut excéder 60 jours dans le même pays.

2.3.1. Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire malade ou blessé

Selon la gravité du cas, le transport est effectué sous surveillance médicale si nécessaire, par avion sanitaire spécial, avion de lignes régulières, train, wagon-lit ou bateau, ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou tout autre moyen adapté au cas considéré, jusque dans un service hospitalier de France Métropolitaine proche du domicile ou, si l'état ne nécessite pas d'hospitalisation, jusqu'au domicile.

En cas de maladie ou de blessure grave du bénéficiaire, l'assistance médicale est apportée par tous moyens appropriés, dont notamment :

- soit rapatriement au Centre médical le plus proche,
- soit rapatriement vers un autre Centre médical mieux équipé ou plus spécialisé situé dans le même pays ou dans un pays proche,
- soit rapatriement en France Métropolitaine, directement ou indirectement, jusqu'à un centre hospitalier proche de son domicile et/ou jusqu'à son domicile en France Métropolitaine.

G.A. ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais d'évacuation sur pistes de ski, à concurrence de 153 € TTC (1 003,61 F) les frais de recherche étant exclus.

Les modalités de l'assistance médicale sont décidées souverainement par les médecins de G.A., après contact avec le médecin traitant sur place.

2.3.2. Immobilisation à l'hôtel

Si le bénéficiaire malade ou blessé ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue pour des raisons médicalement justifiées et si son état ne nécessite pas une hospitalisation sur place, G.A. prend en charge, s'il y a lieu, ses frais de prolongation de séjour à l'hôtel, à concurrence de 46 € TTC (301,74 F) maximum par jour pendant une durée de 10 jours maximum.

2.3.3. Mise à disposition d'un billet pour accompagner le bénéficiaire lors de son rapatriement ou transport sanitaire

Pour permettre d'accompagner le bénéficiaire rapatrié ou transporté, G.A. met à disposition et prend en charge un billet d'avion classe touriste ou de train 1^{ère} classe, pour une personne voyageant avec lui (membre ou non de sa famille).

2.3.4. Rapatriement des membres de la famille

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du bénéficiaire, malade, blessé ou décédé, aura été décidé, son conjoint ou concubin ainsi que ses descendants directs au premier degré voyageant avec lui, seront également rapatriés s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

2.3.5. Retour en cas de décès d'un parent proche

Si le bénéficiaire doit interrompre son déplacement afin d'assister aux obsèques, en France Métropolitaine, de son conjoint ou concubin, d'un ascendant ou descendant au premier degré, d'un frère ou d'une soeur, G.A. met à sa disposition et prend en charge un billet d'avion classe touriste et/ou de train 1 ère classe, du lieu de séjour à celui de l'inhumation.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, G.A. met à la disposition du bénéficiaire et prend en charge un billet d'avion classe touriste ou de train 1 ère classe, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

2.3.6. Retour en cas d'accident d'un parent proche

En cas d'accident affectant votre conjoint ou concubin, vos ascendants ou descendants au 1 er degré et s'il s'agit d'un évènement imprévisible dont la gravité est confirmée par le médecin de GARANTIE ASSISTANCE, après contact avec le médecin traitant le patient, GARANTIE ASSISTANCE met à votre disposition et prend en charge un billet de train 1 ère classe ou d'avion classe touriste jusqu'à votre domicile en France métropolitaine.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, G.A. met à la disposition du bénéficiaire et prend en charge un billet d'avion classe touriste ou de train 1ère classe, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

2.3.7. Présence auprès du bénéficiaire

Lorsque son état ne justifie pas ou empêche son rapatriement et si le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée prévisible d'au moins 10 jours (personne ne se trouvant avec lui sur place), G.A. met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée par lui, un billet aller/retour d'avion classe touriste ou de train 1 ère classe, afin de se rendre à son chevet, ceci uniquement au départ de France Métropolitaine.

Dans ce cas, G.A. prend en charge, sur justificatifs et à concurrence de 46 € TTC (301,74 F) par jour les frais d'hôtel de cette personne.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 458 € TTC (3 004,28 F) ; les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

2.3.8. Rapatriement du corps en cas de décès

En cas de décès du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge le rapatriement du corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine.

C.A. prend également en charge :

- les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc ...),
- le coût d'un cercueil le plus simple à concurrence de 763 e TTC (5 004,95 F).

Tous les autres frais annexes (frais de cérémonie, d'inhumation ou de crémation, convois locaux, accessoires ...) restent à la charge de la famille.

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, G.A. organise et prend en charge le transport aller et retour d'un membre de la famille (conjoint ou concubin, ascendant ou descendant, frère ou soeur), si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux, en mettant à sa disposition un billet d'avion classe touriste ou de train 1ère classe, pour se rendre de son domicile en France Métropolitaine jusqu'au lieu d'inhumation.

Dans ce cas, G.A. prend en charge, sur justificatifs et à concurrence de 46 € TTC (301,74 F) par jour les frais d'hôtel de cette personne.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 458 € TTC (3 004,28 F) ; les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

2.3.9. Accompagnement des enfants de moins de 15 ans et/ou des enfants handicapés mineurs

Si le bénéficiaire malade, blessé ou décédé voyageait seul, accompagné d'enfants de moins de 15 ans et/ou d'enfants handicapés mineurs, dont il n'est plus en mesure de s'occuper, G.A. met à la disposition d'un proche résidant en France Métropolitaine, ou d'une personne accompagnante, un billet d'avion classe touriste ou de train 1ère classe, pour se rendre auprès des enfants. En outre, G.A. organise et prend en charge le retour au domicile de ces enfants et de la personne accompagnante.

2.3.10. Assistance aux animaux domestiques

Cette prestation s'applique en cas de maladie ou d'accident.

Lorsque GARANTIE ASSISTANCE intervient en France ou à l'étranger pour transporter ou rapatrier les assurés à la suite d'un accident, les dispositions adéquates sont prises également pour rapatrier ou transporter les petits animaux domestiques.

En cas de blessure, ils seront confiés au service vétérinaire le plus proche, puis ramenés au domicile de leur propriétaire en France métropolitaine, par les moyens les plus appropriés.

Les chiens de catégorie 1 ne sont pas couverts par cette garantie et les chiens de catégorie 2 doivent être accompagnés pendant la durée de leur transport, d'une personne les connaissant et capable de les maîtriser. Un billet de train aller-retour en 1ère classe ou d'avion classetouriste est délivré à cet effet.

L'organisation des prestations d'assistance aux animaux domestiques sera mise en oeuvre par G.A., sous réserve que l'animal ne présente pas un comportement anormal ou agressif et à condition qu'il ait les vaccinations obligatoires.

2.3.11. Impossibilité de conduire

Si à la suite du transfert / rapatriement médical ou du décès du conducteur les autres membres du groupe se trouvant sur place ne peuvent revenir au domicile par leurs propres moyens, G.A. met à leur disposition

- soit un chauffeur qualifié,
- soit un titre de transport à une personne désignée, pour ramener le véhicule et le groupe.

Cette garantie peut également s'appliquer si le bénéficiaire malade ou blessé, n'étant pas en état de conduire, peut néanmoins voyager dans son véhicule selon l'avis formulé par le médecin de G.A.

Dans tous les cas, la consommation du véhicule, les péages, les frais de traversée par bateau ou bac, ainsi que les frais d'hôtel et restauration sont à la charge du bénéficiaire.

G.A. n'est pas tenue d'exécuter cet engagement s'il s'agit d'un véhicule qui n'est pas en parfait état de fonctionnement ou qui présente une ou plusieurs anomalies en infraction aux codes de la route français et internationaux.

2.3.12. Avance des frais médicaux à l'étranger

Lorsque les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation doivent être engagés à l'étranger, G.A. pourra en effectuer l'avance au bénéficiaire à concurrence de 7 623 € TTC (50 003,60 F) par bénéficiaire contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire. Le bénéficiaire s'engage à rembourser l'avance dans un délai d'un mois à compter de son retour.

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie tels que définis au § 1.4. survenus pendant la durée de la présente convention.

2.3.13. Remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'étranger

Ce remboursement de frais vient en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre). Il ne peut dépasser la somme de 7 623 € TTC (50 003,60 F).

Le remboursement complémentaire de ces frais est fait par G.A. au bénéficiaire, à son retour en France, après recours effectué par lui auprès des organismes cités ci-dessus, sur présentation de pièces justificatives originales.

Il sera fait application d'une franchise absolue de 15 € TTC (98,39 F) sur le montant des remboursements dus par G.A.

Ne donnent pas lieu à prise en charge :

- **les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation :**
 - consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement survenus avant la validité de l'assurance,
 - occasionnés par le traitement d'une maladie ou blessure déjà connue avant la date d'effet de l'assurance, à moins d'une complication imprévisible,
- **les frais de prothèses : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, ou autres,**
- **les frais de soins dentaires supérieurs à 153 € TTC (1 003,61 F) sans application de la franchise absolue de 15 € (98,39 F),**
- **les frais engagés en France,**
- **les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos et/ou de convalescence,**
- **les frais de rééducation.**

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie tels que définis au § 1.4. ayant un caractère imprévisible survenus pendant la durée de la présente convention.

2.3.14. Envoi de médicaments introuvables sur place

G.A. recherche et expédie par les moyens les plus rapides les médicaments nécessaires (à l'exclusion de médicaments et produits tels que contraceptifs, produits à usage diététique, produits de confort, produits cosmétologiques, etc ...), prescrits médicalement et introuvables sur place, hors du territoire de l'Union Européenne, sous réserve de conditions d'intervention possibles. Le coût des médicaments reste dans tous les cas à la charge du bénéficiaire.

2.3.15. Transmission de messages

G.A. reçoit et transmet à leur destinataire en France Métropolitaine, les messages à caractère urgent. Les commandes, annulations de commande, tous textes entraînant une responsabilité financière sont transmis sous la seule responsabilité de leur auteur, qui devra être identifié. De même, G.A. pourra communiquer, sur appel d'un membre de sa famille, un message qui aurait été laissé à son intention.

ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ÉTRANGER

Cette assistance s'applique lorsque le bénéficiaire est poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays dans lequel il se trouve (autre que le pays d'origine).

2.3.16. Honoraires d'avocat

G.A. met un avocat à la disposition du bénéficiaire et lui règle directement ses honoraires jusqu'à concurrence de 763 € TTC (5 004,95 F).

2.3.17. Caution pénale

G.A. fait au bénéficiaire, si besoin est, contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans la limite de 7 623 € TTC (50 003,60 F). Cette avance est remboursable dans un délai de trois mois au plus à compter du jour du versement.

Si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration de ce délai, le bénéficiaire rembourse immédiatement l'avance reçue.

S'il est cité devant un Tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

-III-

LA VIE DU CONTRAT

LA VIE DU CONTRAT

1 - ADHÉSION AU CONTRAT - DÉCLARATION DU RISQUE

1.1. À la souscription

- La souscription de ce contrat n'a pas donné lieu à recueil d'informations médicales auprès des assurés. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.
- Le contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.
- C'est pourquoi, vous devez remplir avec précision la proposition d'assurance afin de nous permettre d'apprécier les risques.
- **L'âge limite de souscription est fixé à 60 ans pour Swiss santé et à 80 ans pour Swiss santé Seniors.**

1.2. En cours de contrat

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

- Changement de profession,
- Cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au Régime Obligatoire,
- Changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine.

1.3. À 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 LI 13.2 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 LI 13.8 - Nullité du contrat,**
- **Article LI 13.9 - Réduction des indemnités.**

2 - FORMATION ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT

- Le contrat est parfait dès l'accord du souscripteur et de l'assureur. Il 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.

3 - DUREE

Le contrat est conclu pour une durée annuelle. À l'expiration de chaque période annuelle, il est reconduit de plein droit d'année en année, sauf 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 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 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 le contrat garantit d'autres assurés, il 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 directement auprès du siège social de la Société ou auprès du représentant désigné de cette dernière ou auprès de votre Centre régional 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 - 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 et des garanties

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

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 ce cas, vous pourrez résilier le contrat dans les trente jours suivant la date à laquelle 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

Les cotisations se paient annuellement et 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, 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.**

6 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

6.1. Procédure classique

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 des établissements hospitaliers et les notes d'honoraires de chirurgiens,
- les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles,
- un acte de naissance de l'enfant de l'assurée pour le versement de l'indemnité forfaitaire de maternité,
- 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 l'allocation obsèques : une copie de l'acte de décès et une pièce établissant la qualité du bénéficiaire photocopie du livret de famille, de la carte nationale d'identité, du passeport ou tout autre pièce que l'assureur estimera nécessaire.

6.2. Procédure simplifiée

Dans les départements où l'assureur a signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie (Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour les salariés, Bureau RAM-GAMEX pour les Indépendants et Exploitants Agricoles), nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses. Il vous suffit d'envoyer vos feuilles maladie à votre caisse qui vous enverra alors un décompte récapitulatif de vos remboursements et le règlement. L'assureur, directement relié aux services informatiques des différentes caisses, fera un traitement simultané et effectuera le paiement de la part complémentaire, et ceci sans que vous ayez à nous transmettre le décompte des prestations du Régime Obligatoire. Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, merci de nous en avvertir ; le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

6.3. 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.

6.4. 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. Si 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.

6.5. Délais à respecter

Toutes les pièces concernant une maladie, un accident ou un décès doivent être remises trois mois au plus tard après l'expiration du traitement.

6.6. Sanctions

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser de le rembourser.

7 - SUBROGATION

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément à l'article LI 21.12 du Code des Assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

8 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance (articles LI 14.1 et LI 14.2 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 Swiss Life (France), en vous adressant au siège social.

10 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

En cas de difficultés liées à votre contrat, nous vous conseillons de consulter tout d'abord votre assureur ou, à défaut, notre service concerné.

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.

11 - CONTRÔLE DES ASSURANCES

Autorité chargée du contrôle des assurances :

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

Société suisse
Santé

Siège social
41 rue de Chateaudun
75304 PARIS Cédex 09

Société anonyme
au capita de € 150.000.000
RCS PARIS B.322.215.021

Entreprise
régie par la code
des assurances