



SwissLife

Swiss Protection Essentielle

Dispositions Générales
Notice d'information

Dispositions générales du contrat Swiss Protection Essentielle

Madame, Monsieur,

Vous avez souscrit un contrat d'assurance auprès de SwissLife Prévoyance et Santé ou vous avez adhéré à un contrat de groupe auprès de cette même société.

En vous remerciant de votre confiance, nous vous rappelons que si :

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 présente 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

I	Quelques définitions pour mieux nous comprendre	4
II	La vie du contrat	5
1	Déclaration du risque	5
2	Formation - prise d'effet	5
3	Durée	5
4	Résiliation	5
5	Forme de la résiliation	6
6	Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations	6
7	Cotisations	6
8	Paiement des cotisations	7
9	Prescription (Articles L114.1 et 2 du Code des Assurances.)	7
10	Droit de communication et de rectification (loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée)	7
11	Examen des réclamations	7
12	Contrôle des assurances	7
III	Les garanties accordées	8
1	Les indemnités journalières	8
2	La rente d'invalidité	8
3	Capital en cas de décès par accident	10
4	Comment obtenir le versement des prestations ?	10
5	Ce qui n'est pas garanti	11

I - 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, l'adhérent ou l'assuré.

Nous :

Désigne la société d'assurance mentionnée aux Dispositions Personnelles.

Assureur :

Désigne également la société d'assurance mentionnée aux Dispositions Personnelles.

Adhérent :

La personne signant le contrat et désignée au certificat d'adhésion.

Assuré :

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux Dispositions Personnelles.

Souscripteur :

La personne signant le contrat et désignée aux Dispositions Personnelles.

Dispositions personnelles :

Désignent également le certificat d'adhésion.

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Sont notamment considérées comme maladie: les hernies, ptôses, lumbagos, scoliozes, lordoses, ainsi que les congestions, insolationes, sauf si elles sont consécutives à un accident garanti.

Accident :

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

Hospitalisation :

Séjour de plus de 24 heures, 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.

Arrêt de travail :

a - Incapacité temporaire totale de travail : impossibilité momentanée pour l'assuré d'exercer toute occupation professionnelle par suite de maladie ou d'accident, reconnue médicalement.

b - Invalidité permanente totale ou partielle : réduction de l'intégrité physique ou intellectuelle de l'assuré l'empêchant d'exercer définitivement ou partiellement toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident.

Date de consolidation :

C'est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, les lésions ou séquelles consécutives à une maladie ou à un accident prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation.

L'objet du contrat **Swiss Protection Essentielle** est de faire bénéficier les personnes assurées des garanties indiquées aux Dispositions Personnelles en cas de maladie ou d'accident

Swiss Protection Essentielle prévoit le versement des indemnités suivantes :

- Une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale
- Une indemnité journalière supplémentaire en cas d'hospitalisation
- Une rente en cas d'Invalidité Permanente
- Un capital en cas de décès accidentel.

Le capital décès accidentel ne fait pas partie des garanties prévues dans le cadre du contrat d'assurance de groupe «Madelin».

II - La vie du contrat

1 - Déclaration du risque

1.1 Qui peut souscrire ?

Le contrat est réservé aux personnes qui exercent une activité professionnelle.

Pour être admis à l'assurance, l'assuré doit être âgé de moins de 55 ans .

1.2 Admission à l'assurance

Le souscripteur ou l'adhérent doit remplir, dater et signer une proposition d'assurance comportant notamment des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

Selon les réponses apportées, l'Assureur peut être amené à refuser sa garantie ou la subordonner à un complément d'information ou à un examen de santé.

En cours d'assurance, toute augmentation ou adjonction de garantie entraîne de nouvelles formalités d'admission.

1.3 Informations à communiquer en cours de contrat

L'assuré doit nous déclarer :

- tout changement de profession ou cessation d'activité,
- les modifications des conditions d'exercice de la profession,
- la cessation ou le changement d'affiliation au Régime Obligatoire,
- le changement de domicile ou sa fixation hors de France métropolitaine.

Si la modification déclarée constitue une aggravation ou une diminution de risque, l'Assureur proposera de nouvelles conditions de garantie et de cotisation à l'assuré. Dans ce cas, l'assuré peut demander la résiliation de son contrat ou de son adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle il a eu connaissance des nouvelles dispositions.

En cas de déclaration tardive de cette modification, l'Assureur peut proposer à l'assuré la déchéance du droit à indemnisation s'il est établi que ce retard a causé préjudice à l'assureur.

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

- Article L 113.8 - Nullité du contrat,
- Article L 113.9 - Réduction des indemnités.

2 - Formation - prise d'effet

En cas d'accord, l'Assureur délivre à l'assuré des dispositions personnelles précisant les conditions de garantie. La garantie prendra effet le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation et au plus tôt à la date indiquée aux Dispositions Personnelles.

3 - Durée

Le contrat ou l'adhésion est conclu pour une durée d'un an à compter de la date d'effet initiale des garanties. Il est ensuite reconduit tacitement d'année en année. Il peut être résilié dans les conditions prévues à l'article 4.

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. Le commencement du préavis se compte à partir de la date du cachet de la poste.
- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées aux Dispositions Personnelles, si nous refusons de réduire la cotisation en conséquence.
- En cas de changement de profession ou cessation d'activité professionnelle lorsque ce changement entraîne une modification dans la nature ou la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification.
- En cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 7.3.
L'ajustement de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

4.2 Par nous

Pendant les deux premières années de garantie, à l'échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion moyennant préavis de deux mois.

Après 2 ans, le droit au maintien est acquis jusqu'au terme indiqué aux articles concernant la fin des garanties, sauf pour les motifs suivants :

- non paiement des cotisations,
- réticence ou fausse déclaration du risque à la souscription, à l'adhésion ou en cours de contrat,
- aggravation du risque en cours de contrat (non liée à l'état de santé), si l'assuré n'accepte pas le tarif proposé,

- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues,
- en cas de redressement judiciaire de l'assuré ou de l'adhérent (article L 113.6 du Code des Assurances).

4.3 Par l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur :

- en cas de redressement judiciaire de l'assuré ou de l'adhérent (article L 113.6 du Code des Assurances).

4.4 De plein droit

- en cas de retrait d'agrément de l'assureur,
- en cas de décès du souscripteur ou de l'adhérent,
- pour chaque assuré, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, la garantie cesse dans tous ses effets à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite. Si des prestations sont en cours de versement, celui-ci cesse à la date du départ en retraite.

Dans les 2 cas cités ci-dessus, si d'autres assurés sont garantis, la garantie est maintenue jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle elle sera adaptée à la nouvelle situation.

5 - 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 auprès du siège social de la Société ou auprès du représentant désigné de cette dernière ou auprès de votre Centre relations clients,
- 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 3^e 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 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 l'adhésion , à la souscription ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

6 - Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

● En cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion par l'assuré, de plein droit ou par nous pour non paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque, fraude ou tentative de fraude, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation ainsi que le versement des prestations éventuellement en cours.

● En cas de résiliation par nous à l'échéance annuelle ou par l'assuré suite à une révision des cotisations ou à notre refus de réduire les cotisations suite à une diminution du risque, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, mais le versement des prestations au titre d'un arrêt de travail survenu pendant la période de garantie est maintenu dans la limite de la durée contractuelle des obligations de l'assureur.

7 - Cotisations

7-1 Montant

En début d'assurance le montant de la cotisation est fixé en fonction de l'âge des assurés à la prise d'effet du contrat. Il est fonction de l'activité professionnelle déclarée.

Il évolue contractuellement de 3 % avec l'âge, à chaque échéance principale.

7-2 Evolution des cotisations

Les montants des indemnités garanties et des cotisations seront revalorisés à chaque échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion d'un pourcentage indiqué aux dispositions personnelles.

En contrepartie le montant des indemnités garanties sera calculé sur la base de l'indice de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'événement garanti.

7-3 Modification du tarif

L'Assureur peut être amené à modifier son tarif.

En cas d'aggravation de caractère technique général, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres, la révision intervient à la prochaine échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion.

En cas d'application de la clause de révision, nous en informerons l'assuré qui aura alors la possibilité de résilier son contrat ou son adhésion dans les 15 jours où il aura eu connaissance de la modification. La résiliation prendra effet un mois après sa demande, l'assuré sera redevable de la portion de cotisation, calculée sur la base précédente, au prorata du temps écoulé entre la date d'échéance et la date de résiliation.

8 - 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 ou de l'adhésion 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 ou l'adhésion, 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 suspendu 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 ou maladies survenus pendant cette période ainsi que leurs suites et conséquences.

9 - Prescription (Articles L114.1 et 2 du Code des Assurances.)

Aucune action découlant de la présente garantie n'est recevable au-delà d'une période de 2 ans à compter de la date de l'événement qui lui a donné naissance.

10 - Droit de communication et de rectification (loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée)

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004- 801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est la Direction Services Clients de SwissLife Prévoyance et Santé - 60 boulevard de la Liberté 59717 Lille Cedex 9, auprès de laquelle vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe SwissLife, destinataires, avec ses mandataires, de l'information. Si vous souhaitez, cependant, ne pas être sollicité, nous vous invitons à nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précitée.

11 - Examen des réclamations

En cas de difficultés liées à votre contrat ou à votre adhésion, nous vous invitons à consulter 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 SwissLife Prévoyance et Santé, 86 Boulevard Haussmann - 75008 Paris.

12 - Contrôle des assurances

Autorité chargée du contrôle des assurances :
Commission de contrôle des assurances
54 bis rue de Châteaudun
75009 PARIS

III - Les garanties accordées

1 - Les indemnités journalières

1.1 Objet de la garantie

Swiss Protection Essentielle prévoit le paiement d'indemnités journalières, lorsque l'assuré est reconnu en état d'incapacité temporaire totale à la suite d'une maladie ou d'un accident.

1.2 Montant de l'indemnité

Le contrat garantit le paiement des indemnités choisies et indiquées aux Dispositions Personnelles.

En cas d'une adhésion dans le cadre du contrat groupe Madelin, les indemnités doivent être choisies de façon à ne pas entraîner, en cas d'arrêt de travail, un dépassement du revenu professionnel net de l'assuré compte tenu des indemnités pouvant être garanties par ailleurs (contrat d'assurance, régime de prévoyance obligatoire ou facultatif). si en cours d'adhésion, le revenu professionnel se réduisait, l'indemnité devrait être réduite de manière correspondante, moyennant ajustement de la cotisation.

1-3 Franchise

Ces indemnités journalières sont versées pour chaque journée d'arrêt de travail garanti intervenant après le nombre de jours qui constituent la franchise choisie, indiquée aux Dispositions Personnelles.

1-4 Rechute

Lorsque l'assuré est de nouveau en incapacité temporaire totale de travail pour une maladie ou un accident ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation et ceci dans un délai de 3 mois, les indemnités sont versées à compter du 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail, à concurrence de la durée maximale prévue aux Dispositions Personnelles, déduction faite de la 1^{ère} indemnisation.

1-5 Indemnités supplémentaires en cas d'hospitalisation

Swiss Protection Essentielle prévoit le versement d'une indemnité journalière supplémentaire en cas d'hospitalisation suite à une maladie ou un accident. Son montant est précisé aux Dispositions Personnelles. L'indemnité est versée pendant la durée de l'hospitalisation dans la limite indiquée aux Dispositions Personnelles.

Les hospitalisations seront indemnisées dès le premier jour si leur durée est supérieure à 3 jours consécutifs.

1-6 Durée d'indemnisation

La durée maximum de versement des prestations, pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer, est fixée aux Dispositions Personnelles.

Pour tout arrêt de travail consécutif à une maladie mentale ou une affection psychiatrique, la durée maximum d'indemnisation est de 6 mois pour toute la durée du contrat.

1-7 Entrée en vigueur de la garantie

Les garanties ainsi que leurs augmentations ou les extensions d'assurance prévues par avenant sont acquises :

Immédiatement : pour les accidents et maladies infectieuses suivantes: grippe, angine, rhino-pharyngite, coqueluche, varicelle, rubéole, oreillons, scarlatine, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde.

Après un délai d'attente, décompté à partir de la prise d'effet du contrat, de **3 mois** pour les autres maladies sauf :

- **9 mois** pour grossesses pathologiques
- **12 mois** pour les maladies mentales et affections psychiatriques

1-8 Règlement des indemnités

L'indemnité est calculée en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail garantis (1 jour = 1/30^è du montant mensuel des indemnités prévues aux Dispositions Personnelles). Le règlement de l'indemnité aura lieu dans le mois qui suit la remise des pièces justificatives, et après accord des parties. Lorsque la durée de l'incapacité est supérieure à 1 mois, l'indemnité pourra être versée par fractions mensuelles d'arrêt de travail et à concurrence des jours dus.

1-9 Fin de la garantie

La garantie et le versement des indemnités éventuellement en cours cessent à la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, la garantie et le versement des indemnités cessent à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

2 - La rente d'invalidité

2-1 Objet de la garantie

Swiss Protection Essentielle garantit le paiement d'une rente en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à une maladie ou un accident

mettant l'assuré dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de toute activité professionnelle.

Cette rente sera versée dès lors qu'à l'expiration d'un arrêt de travail couvert par les indemnités journalières, l'état de santé de l'assuré le met dans l'impossibilité présumée définitive de reprendre tout ou partie de toute activité professionnelle. Le point de départ du versement de la rente sera la date de consolidation définie par le médecin conseil de la compagnie.

2-2 Montant de l'indemnité

Nous garantissons le paiement de la rente choisie, indiquée aux Dispositions Personnelles.

2-3 Ce qui n'est pas garanti

L'état d'invalidité faisant suite à un arrêt de travail non garanti et pour lequel l'assuré n'a pas droit aux indemnités journalières, ainsi que celui consécutif à une maladie mentale ou une affection psychiatrique.

2-4 Détermination du taux d'invalidité

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le Médecin Conseil de la compagnie. Il y a invalidité lorsque l'assuré présente simultanément, après consolidation une incapacité fonctionnelle (physique et mentale) et une incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et intellectuelles de l'assuré. Elle est établie selon le barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun.

L'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de l'invalidité de l'assuré par rapport à l'exercice de sa profession, en prenant en considération ses aptitudes, sa qualification professionnelle ainsi que sa capacité à effectuer une éventuelle reconversion.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité est déterminé d'après le tableau suivant :

Degré d'incapacité professionnelle	Degré d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29	33	37	40	43	46
20			32	37	42	46	50	55	59
30		30	36	42	48	53	58	62	67
40	25	33	40	46	52	58	64	69	74
50	27	36	43	50	56	63	68	74	79
60	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80	32	42	50	58	66	74	80	87	93
90	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

2-5 Montant de la rente

Le montant de la rente est calculé en fonction du taux d'invalidité (T) déterminé comme ci dessus :

- Si le taux d'invalidité est supérieur à 66 %, nous versons l'intégralité de la rente.
- Si le taux est ou devient inférieur à 66 % mais est supérieur ou égal à 33 %, le montant de la rente est égal à 3T/2 fois le montant de la rente annuelle.
- Dès que le taux est inférieur à 33 %, la rente n'est pas due ou cesse d'être versée.

2-6 Revalorisation des rentes en cours de service

Chaque année les rentes en cours de service sont revalorisées à l'échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion, en fonction de la valeur du point de retraite des cadres (AGIRC) dans la limite des sommes disponibles dans le fonds de revalorisation. Ce fonds est alimenté par un prélèvement des cotisations afférentes à cette garantie.

2-7 Révision

La rente est toujours accordée à titre temporaire, le taux d'invalidité peut être révisé périodiquement en fonction de l'aggravation ou de l'amélioration de l'état de l'invalidité de l'assuré. En outre, l'assuré devra déclarer à l'Assureur toute modification du taux d'invalidité par son régime de prévoyance obligatoire.

2-8 Invalidités multiples

Si en cours d'adhésion plusieurs maladies ou accidents se déclarent successivement, la rente est calculée sur la base du taux d'invalidité global résultant de l'ensemble de ces maladies ou accidents.

2-9 Règlement de la rente

La rente est versée par trimestre échu.

2-10 Fin de la garantie

La garantie et le versement de la rente éventuellement en cours cessent à la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, la garantie et le versement de la rente cessent à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

3 - Capital en cas de décès par accident

3-1 Objet de la garantie

Si l'assuré décède des suites d'un accident, et si le décès survient dans le délai de 6 mois à dater du jour de l'accident, il est versé un capital dont le montant est précisé aux Dispositions Personnelles.

Pour ce capital, la preuve du décès par accident incombe au bénéficiaire.

3-2 Bénéficiaires

En cas de décès de l'assuré, le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) aux Dispositions Personnelles.

3-3 Règlement des prestations

Lorsque l'Assureur a en sa possession les pièces prévues à l'article 4.1, le capital dû est payé dans les 15 jours suivant la remise des pièces.

3-4 Fin de la garantie

La garantie cesse à la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, la garantie cesse à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

4 - Comment obtenir le versement des prestations ?

4-1 En cas de décès

Le décès d'une personne assurée doit être déclaré à l'assureur par écrit dans un délai d'un mois par le ou les bénéficiaires désigné(s) aux dispositions personnelles du contrat.

Les pièces justificatives à remettre à l'Assureur sont les suivantes :

- les Dispositions Personnelles,
- un extrait d'acte de décès,
- un certificat du médecin ayant constaté le décès,
- si le décès résulte d'un accident, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif,
- un extrait d'acte de naissance du ou des bénéficiaire(s),
- une attestation fiscale justifiant des enfants à charge,
- l'Assureur pourra demander toute autre pièce nécessaire.

4-2 Comment procéder au moment de l'arrêt de travail ?

4-2-1 Déclaration de sinistre

L'arrêt de travail doit être déclaré, sous peine de déchéance, à l'Assureur, par écrit, avant la fin de la franchise prévue au contrat.

Pour être prise en considération, la déclaration d'arrêt de travail doit être accompagnée :

- de la justification de l'exercice effectif d'une activité professionnelle au début de l'incapacité temporaire totale de travail,
- d'un certificat médical détaillé, indiquant notamment :
 - ✓ la date de début de l'arrêt de travail et sa durée prévisible. S'il s'agit d'un accident, la date, l'heure, les circonstances et le lieu de survenance de celui-ci,
 - ✓ la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'assuré,
 - ✓ les décomptes des indemnités journalières versées par le régime de prévoyance obligatoire.
- En cas de rechute dans les 3 mois suivant la reprise du travail, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection doit être adressé.

Si l'arrêt de travail survient à l'étranger, il sera indemnisé de la manière suivante :

- dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation à l'étranger,
- dès le 1^{er} jour de retour en France.

Les franchises prévues au contrat restent applicables. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euros.

4-2-2 Contrôle

L'assuré doit apporter la preuve de son incapacité de travail ou de son invalidité, fournir à ce titre les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés par l'Assureur, se soumettre aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué ou tout autre représentant mandaté par celui-ci.

Ainsi, l'assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée à l'Assureur, tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures, sauf opposition justifiée.

4-2-3 Aggravation indépendante de l'événement garanti

Chaque fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie seront aggravées par l'état constitutionnel de la victime, par l'action d'une autre maladie ou d'une infirmité antérieure non garantie, par un

manque de soins constaté, dû à la négligence de la victime ou à un traitement empirique, la durée de paiement des indemnités sera déterminée par le médecin délégué par l'Assureur, non en fonction de la durée réelle d'arrêt de travail, mais de celle qu'elle aurait été chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel.

4-2-4 Expertise

En cas de désaccord avec les conclusions du médecin délégué et sur présentation d'un certificat médical argumenté et contradictoire, l'assuré peut demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers expert désigné d'un commun accord entre les deux parties.

A défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. L'expert amiable est nécessairement choisi sur la liste des experts judiciaires.

L'assuré et l'Assureur supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination ainsi que ses honoraires. **Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.**

Sanction : si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser l'indemnisation.

5 - Ce qui n'est pas garanti

Sont exclus de toutes les garanties :

Les maladies, invalidités et accidents constatés antérieurement à la prise d'effet des garanties, non déclarés au moment de l'adhésion, ou mentionnés aux Dispositions Personnelles, ainsi que leurs suites et conséquences ne sont pas pris en charge .

Sont exclus de toutes les garanties :

- le suicide, de quelque nature qu'il soit, s'il survient au cours des douze premiers mois de l'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation.
- le décès résultant de guerre civile, étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu.
- en cas de guerre étrangère, les garanties ne sont accordées qu'aux conditions déterminées par la législation à intervenir dans ce cas.

Sont exclus des autres garanties y compris des garanties décès accidentel :

- la participation active de l'assuré à des rixes, émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme ou de sabotage,
- les conséquences de l'usage de stupéfiant non prescrit médicalement ainsi que de l'éthylisme,
- les risques dûs à des faits de guerre civile ou étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles,
- les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou qui résultent d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire,
- les risques dûs à la désintégration de noyau atomique, émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité,
- la pratique d'un sport à titre professionnel ou amateur avec compétition au niveau national ou international, ainsi que les entraînements afférents,
- la pratique des sports suivants : saut à l'élastique, deltaplane, spéléologie, alpinisme, parapente, parachutisme en chute libre et ascensionnel, taekwando, boxe française savate, boxe thaïlandaise, triathlon, ULM, sports mécaniques et aériens, plongée subaquatique,
- les accidents en cas de conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévue par la réglementation en vigueur,
- les accidents en cas de conduite de tout engin par l'assuré, s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur,
- les conséquences des cataclysmes,
- les risques liés à l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois.

Sont également exclus de la garantie :

- les traitements esthétiques ou de rajeunissement,
- Les repos pré et post nataux fixés à 6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après celui-ci, y compris en cas de grossesse pathologique,
- les grossesses, accouchements, fausses couches ainsi que leurs suites et conséquences.

Toutefois nous garantissons les grossesses et accouchements quand ils sont définis médicalement pathologiques. On entend par grossesse pathologique, une grossesse définie médicalement comme telle et reconnue par le Médecin-Conseil de la Compagnie. Elle sera justifiée par un certificat médical du gynécologue obstétricien.



SwissLife



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