

Confort Hospitalisation

Dispositions Générales
Notice d'Information



Madame, Monsieur,

Vous avez bien voulu souscrire un contrat d'assurance Confort Hospitalisation auprès de SwissLife Prévoyance et Santé. Nous vous remercions de votre confiance.

Votre contrat, qui est régi par le Code des Assurances, comprend 2 parties :

- Les présentes **Dispositions Générales** qui vous précisent la vie générale de votre contrat ainsi que les diverses garanties possibles.
- Les **Dispositions Personnelles** qui correspondent à votre propre situation et fixent les règles particulières entre vous et la Compagnie.

Lexique

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

Vous :

Désigne le souscripteur ou l'assuré.

Nous :

Désigne SwissLife Prévoyance et Santé ou son représentant.

Assureur :

Désigne également SwissLife Prévoyance et Santé.

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. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au 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.

Intervention chirurgicale :

Acte opératoire réalisé par un chirurgien.

Conclusion du contrat :

Le contrat est conclu par l'envoi, au domicile du souscripteur, des conditions contractuelles (dispositions personnelles et dispositions générales) par l'assureur.

Sommaire

	Lexique	2
1	Objet des garanties	4
2	Montant de la garantie	4
3	Exclusions	4
4	Cas où la garantie ne s'exerce pas	4
5	Entrée en vigueur des garanties	5
6	Assurance des nouveaux-nés	5
7	Étendue territoriale des garanties	5
8	Formation - Durée - Résiliation du contrat	5
9	La cotisation	6
10	Revalorisation des cotisations et des garanties	6
11	Révision des cotisations	6
12	Déclaration du risque	7
13	Règlement des prestations	7
14	Renseignements complémentaires	7
15	Expertise	7
16	Délais à respecter	8
17	Sanction	8
18	Comment sont réglées les indemnités	8
19	Aggravation indépendante de l'événement garanti	8
20	Prescription	8
21	Droit de communication et de rectification (loi 78.17 du 6 janvier 1978)	8
22	Examen des réclamations	8
23	Conditions de renonciation en cas de commercialisation à distance	8
24	Contrôle des assurances	9
	Extraits du Code des Assurances	9

1 - Objet des garanties

L'assurance "Confort Hospitalisation" garantit à l'assuré, selon l'option choisie :

1 - le versement d'une indemnité journalière forfaitaire en cas :

- d'hospitalisation suite à une maladie, un accident ou une maternité pendant une durée maximum de 730 jours par événement.
En cas d'hospitalisation suite à un accident ou à une maternité, l'indemnité est garantie dès le premier jour. Les hospitalisations suite à une maladie seront indemnisées dès le 1^{er} jour si leur durée est supérieure à 3 jours consécutifs.

Les hospitalisations de durée inférieure à 24 heures ne sont pas indemnisées.

En cas de traitement d'une affection mentale ou neuro-dépressive, les indemnités journalières sont versées, pour toute la vie du contrat, pendant une durée maximum de 3 mois.

- de rééducation dans un centre suite à un accident ayant fait l'objet d'une hospitalisation indemnisée, pendant une durée maximale de 30 jours par événement.

2 - le versement supplémentaire d'une indemnité forfaitaire en cas d'intervention chirurgicale effectuée au cours d'un séjour hospitalier et exonérée du ticket modérateur.

Les actes de diagnostic, d'anesthésiste - réanimateur, d'assistant (médecin ou chirurgien) et ceux de salle d'opération ne sont pas pris en considération.

Pour tout séjour hospitalier garanti, l'acte chirurgical le plus important sera retenu pour l'indemnisation. Pour les séries d'actes, la valeur des actes n'est pas additionnée.

Pour apprécier la valeur de l'acte, l'assureur se conforme à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

2 - Montant de la garantie

L'assureur garantit le paiement des indemnités choisies et indiquées aux Dispositions Personnelles.

A partir de 66 ans, l'indemnité choisie est réduite de moitié.

3 - Exclusions

Les accidents ou maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la prise d'effet du contrat peuvent faire l'objet d'une surprime ou d'une exclusion clairement précisée aux Dispositions Personnelles du contrat.

4 - Cas où la garantie ne s'exerce pas

Le contrat ne garantit pas l'attribution des indemnités consécutives à l'un des événements suivants :

- actes intentionnels de l'assuré,
- maladies liées à l'usage de boissons alcoolisées, de stupéfiants ou de substances analogues non prescrits médicalement,
- ivresse de l'assuré attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident,
- état de démence,
- guerre étrangère, guerre civile,
- participation de l'assuré à des rixes, émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme ou de sabotage,
- cataclysme,
- désintégration de noyau atomique, émission de radiation ionisante et tout phénomène de radio-activité,
- accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois.

Le contrat ne garantit pas :

- les séjours :
 - ✓ en maison de repos, établissement de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médi-psycho-pédagogique, hospice, maison de retraite, logement-foyer, établissement d'hébergement, centre de cures médicales pour personnes âgées, service de long séjour d'un établissement hospitalier,
 - ✓ en établissement de rééducation en dehors de la garantie prévue à l'article 1,
 - ✓ en établissement de cures thermales, marines ou de rajeunissement, traitements esthétiques, traitements diététiques quel que soit le motif,
- l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour,

- les hospitalisations liées à une intervention chirurgicale à but esthétique ou de rajeunissement ainsi que leurs suites et conséquences.

Sont également exclus de la garantie :

- tous les sports pratiqués en compétitions nationales et/ou internationales ainsi que les entraînements y afférant et tous les sports pratiqués à titre professionnel avec rémunération,
- la pratique des sports suivants (à tous niveaux) :
 - ✓ sports mécaniques (auto, moto et véhicules à moteur),
 - ✓ sports aériens,
 - ✓ certains sports dangereux : alpinisme, spéléologie, bobsleigh, surfing.

5 - Entrée en vigueur des garanties

Les garanties du contrat, ainsi que les augmentations de garantie ou les extensions d'assurances prévues par avenant, sont acquises :

- dès la date d'effet du contrat pour les accidents,
- après un délai d'attente, décompté à partir de la prise d'effet du contrat de :
 - ✓ 3 mois pour toutes les maladies
 - ✓ 9 mois pour les grossesses et la maternité
 - ✓ 12 mois pour les maladies mentales et affections psychiques.

Les délais d'attente peuvent être abrogés dans les conditions prévues aux Dispositions Personnelles.

Tout événement survenant pendant le délai d'attente ne sera jamais garanti.

6 - Assurance des nouveau-nés

Si l'un des parents est assuré depuis au moins 9 mois, le nouveau-né est assuré immédiatement dès la naissance y compris pour les maladies et affections congénitales.

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 avec application des délais d'attente.

7 - Étendue territoriale des garanties

La garantie s'exerce dans le monde entier. Cependant, **en cas d'hospitalisation à l'étranger, nous limiterons notre indemnisation à 3 mois.**

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'Etat français.

8 - Formation - Durée - Résiliation du contrat

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

a) Formation et prise d'effet du contrat

Le contrat est parfait dès l'accord des parties. 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 dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat.

b) Durée

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

c) Résiliation

Par vous :

- Chaque année à l'échéance anniversaire du contrat 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 au contrat, si nous refusons de réduire la cotisation en conséquence.
- 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.

Par nous :

- En cas de :
 - ✓ non paiement des cotisations,
 - ✓ réticence ou fausse déclaration du risque 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.
- Dès la prise d'effet des garanties, nous nous engageons à ne pas résilier le contrat, en-dehors des motifs cités ci-dessus.

Néanmoins, pendant les deux premières années de contrat, nous nous réservons la possibilité d'adapter les cotisations ou les garanties en cas de fréquence ou de durée d'hospitalisation excessive d'un des assurés.

De plein droit :

- En cas de décès du souscripteur. Si le contrat garantit d'autres assurés, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle un nouveau contrat sera proposé.
- En cas de retrait d'agrément de l'assureur.

d) Forme de la résiliation

Dans tous les cas où vous avez la faculté de demander la résiliation du contrat, vous pouvez le faire soit par lettre recommandée, soit par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite contre récépissé au siège de notre société, ou auprès de la délégation régionale ou au bureau de l'assureur gérant le contrat.

Si la résiliation est de notre fait, elle doit être notifiée au souscripteur par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

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

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

e) Conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations

La garantie et le versement des prestations cessent à la date d'effet de la résiliation.

9 - La cotisation

a) Montant

La cotisation est fixée par tranche d'âge et réajustée d'office pour chaque assuré à partir de l'échéance annuelle la plus rapprochée du passage dans une tranche d'âge supérieure.

L'âge limite de souscription est fixé à 65 ans.

b) Paiement

Les cotisations ainsi que les taxes se paient annuellement et d'avance au lieu désigné par l'assureur sur l'appel de cotisation, à défaut à notre siège social.

L'assureur peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels, il en est alors fait mention aux Dispositions Personnelles.

c) Retard dans le paiement

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 non résilié 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.

10 - Revalorisation des cotisations et des garanties

Les montants des indemnités garanties et des cotisations seront revalorisés à chaque échéance anniversaire du contrat, d'un pourcentage correspondant à l'évolution de l'indice de référence.

L'indice de référence est constitué par la valeur du point A.G.I.R.C. (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

L'évolution de l'indice correspond à la valeur du point en vigueur à l'échéance anniversaire du contrat par rapport à celle en vigueur à l'échéance anniversaire précédente.

Le montant des indemnités garanties en cas d'hospitalisation sera calculé sur la base de l'indice de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'événement garanti.

11 - Révision des cotisations

L'assureur peut être amené à modifier son tarif.

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

En cas d'application de la clause de révision, nous vous en informerons et vous aurez alors la possibilité de résilier votre contrat suivant les formes définies au paragraphe 8d dans les 15 jours où vous aurez eu connaissance de la modification.

La résiliation prendra effet un mois après votre demande ; vous serez redevable de la portion de la cotisation calculée sur la base précédente au prorata du temps écoulé entre la date d'échéance et la date de résiliation.

12 - Déclaration du risque

a) A la souscription

Le contrat est établi d'après vos déclarations, la cotisation est fixée en conséquence.

Vous devez donc répondre à la souscription avec précision à toutes les questions figurant dans la proposition d'assurance et nous déclarer tous les éléments connus de vous, nous permettant d'apprécier les risques.

Les assurés doivent répondre à toute demande de renseignements sur la nature et l'origine d'une maladie ou d'un accident.

b) En cours de contrat

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

- changement de profession,
- changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine.

Avant la modification, si elle est de votre fait, dans les 8 jours où vous en avez eu connaissance dans le cas contraire.

Nous pouvons vous proposer un nouveau taux de cotisation et si vous le refusez, nous pouvons résilier le contrat.

c) A la souscription ou en cours de contrat

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

d) Formes de la déclaration

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 L 113.2-3° du code des Assurances (repris en annexe).

e) Déclarations inexactes ou incomplètes

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.

13 - Règlement des prestations

En cas d'hospitalisation à la suite d'un accident, d'une maladie, ou d'une maternité, le souscripteur ou toute personne agissant en son nom devra déclarer, sous peine de déchéance, sauf en cas fortuit ou de force majeure, l'admission dans un établissement de soins dans les 15 jours après qu'il en ait eu connaissance. Cette déclaration doit être faite directement à l'assureur et accompagnée du bulletin d'hospitalisation délivré par l'établissement de soins. L'assureur se réserve le droit de réclamer la production de toutes pièces justificatives de l'hospitalisation.

14 - Renseignements complémentaires

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

15 - 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. Les frais de cet examen sont à notre charge. 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 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.

16 - Délais à respecter

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

17 - Sanction

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

18 - Comment sont réglées les indemnités

Le règlement des indemnités aura lieu dans le mois qui suit la remise des pièces justificatives, et après accord des parties.

19 - 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 garanties, par un manque de soins constaté, dû à la négligence de la victime ou à un traitement empirique, la durée du paiement de l'indemnité sera déterminée par le Médecin Conseil de la Compagnie, non en fonction de la durée réelle d'hospitalisation, mais de celle qu'elle aurait été chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel.

20 - Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance (articles L 114.1 et L 114.2 du Code des Assurances).

21 - 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, destinataire, 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.

22 - Examen des réclamations

En cas de difficultés liées à votre contrat, nous vous conseillons de consulter tout d'abord votre intermédiaire d'assurance ou, à défaut, 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 :

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

23 - Conditions de renonciation en cas de commercialisation à distance

Si le contrat a été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L112-2-1 du code des assurances et L121-20-8 du code de la consommation), le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement dès sa conclusion, à la demande expresse du souscripteur. Dans ce cadre, et conformément aux textes précités, le souscripteur dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de conclusion du contrat (envoi des documents contractuels par l'assureur). Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à la Direction Services Clients de SwissLife Prévoyance et Santé - 60 boulevard de la Liberté - 59717 Lille Cedex 9. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-après. La cotisation dont le souscripteur est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

En cas de rétractation :

- Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'en-

gage à nous rembourser les montants perçus dans un délai de 30 jours ;

- Si des cotisations ont été perçues, nous vous les rembourserons, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné (Nom et Prénom du souscripteur), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma souscription au contrat Confort Hospitalisation (numéro du contrat), que j'ai signée le (date).

(si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

24 - Contrôle des assurances

Autorité chargée du contrôle des assurances :

Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles
(ACAM)
61 rue Taitbout
75009 PARIS

Extraits du Code des Assurances

Art. L 113.16 - Résiliation par chacune des parties

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties lorsqu'il a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement.

La résiliation prend effet un mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

(...)

Art. L 113.2 - 3° - Obligations de l'assuré

3°/ L'assuré est obligé de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur.

L'assuré doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

Art. L 113.3 - Non-paiement des primes

La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet.

A défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné au 2^e alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de recouvrement.

Art. L 113.14 - Formes de la résiliation

Dans tous les cas où l'assuré a la faculté de demander la résiliation, il peut le faire à son choix, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'assureur dans la localité, soit par acte extra-judiciaire, soit par lettre recommandée, soit par tout autre moyen indiqué dans la police.

Art. L 113.8 - Nullité du contrat

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré,

quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Art. L 113.9 - Réduction des indemnités

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat 10 jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Art. L 121.12 - Subrogation

L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur.

L'assureur peut être déchargé, en tout ou en partie de sa responsabilité envers l'assuré quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Art. L 114.1 - Prescription

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

Art. L 114.2 - Prescription

Elle est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.



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