



SwissLife

SwissLife Prévoyance Entreprises +

Notice d'information du contrat santé

SwissLife Prévoyance Entreprises +

Votre notice d'information santé

La notice d'information, remise par votre employeur vous permet de connaître le contenu des garanties santé souscrit par votre entreprise et d'apprécier le confort de services performants.

Elle est accompagnée du certificat d'adhésion personnalisé à votre nom et celui de votre entreprise.

Ce certificat précise les spécificités retenues par votre entreprise, notamment la nature et les montants des garanties dont vous bénéficiez.

Si vous souhaitez obtenir des informations plus détaillées sur vos garanties, votre employeur peut mettre à votre disposition le contrat souscrit auprès de l'assureur.

Votre contrat santé est souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret.

SA au capital social de 150 000 000 €

Entreprise régie par le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre.

Sommaire

<i>Chapitre 1</i>	<i>Quelques définitions pour mieux nous comprendre</i>	4
<i>Chapitre 2</i>	<i>Les dispositions relatives au contrat</i>	6
2.1	Présentation du contrat	6
2.2	Cadre juridique : contrat « solidaire » et « responsable »	6
2.3	Objet du contrat	6
2.4	Obligations de votre entreprise	6
2.5	Révision du contrat	6
<i>Chapitre 3</i>	<i>Les dispositions relatives à votre adhésion</i>	7
3.1	Conditions d'adhésion	7
3.2	Bénéficiaires des garanties	7
3.3	Choix de votre formule de garanties	7
3.4	Début de vos garanties	7
3.5	Suspension de vos garanties	7
3.6	Cessation de votre adhésion	7
3.7	Cessation de vos garanties	7
3.8	Maintien de vos garanties santé	8
<i>Chapitre 4</i>	<i>Les dispositions relatives à vos garanties</i>	9
4.1	Nature et base de vos prestations	9
4.2	Contenu de vos garanties	9
4.3	Étendue territoriale des garanties	10
<i>Chapitre 5</i>	<i>Le règlement des prestations</i>	11
5.1	Procédure simplifiée	11
5.2	Procédure classique	11
5.3	Expertise	12
<i>Chapitre 6</i>	<i>Les cotisations relatives à l'extension de couverture à vos ayants droit et / ou aux formules optionnelles</i>	13
6.1	Assiette des cotisations	13
6.2	Évolution des cotisations	13
6.3	Païement des cotisations	13
6.4	Non-païement des cotisations	13
<i>Chapitre 7</i>	<i>Les autres dispositions</i>	14
7.1	Réclamations – Médiation	14
7.2	Subrogation	14
7.3	Loi informatique et libertés	14
7.4	Prescription	14

Chapitre 1

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, l'assureur a défini certains termes fréquemment utilisés.

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part des bénéficiaires des garanties et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

Le membre du personnel, qui par son statut, est assuré pour les garanties souscrites par l'entreprise contractante dans le cadre du contrat. L'adhérent appartient à la catégorie de personnel à assurer de l'entreprise contractante au profit de laquelle cette dernière a souscrit le contrat.

An (par)

Désigne l'année civile.

Assureur

SwissLife Prévoyance et Santé.

Ayants droit

Désigne sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat :

- le conjoint de l'adhérent bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;
- les enfants à la charge de l'adhérent ou de son conjoint.

Base de remboursement – BR

L'ensemble des tarifs de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

Catégories de médecins

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Médecin conventionné en secteur 1

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 2

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

Médecin conventionné ayant adhéré aux contrat d'accès aux soins (CAS)

En adhérant au contrat d'accès aux soins défini par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Médecin non conventionné

Il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Conjoint

On entend par conjoint :

- l'époux(se) de l'adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin de l'adhérent.

En cas de concubinage, l'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

Dépassement d'honoraires

Partie des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Déchéance

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'adhérent de certaines dispositions du contrat.

Enfants

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'adhérent ou de son conjoint, à condition toutefois :

- qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ;
- ou qu'ils aient moins de 28 ans, et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le régime de leurs parents ou par le régime de la Sécurité sociale des étudiants, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ;
- ou qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55 % du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Entreprise

La personne morale qui, au travers de son représentant légal dûment habilité, a souscrit le contrat au profit des membres de son personnel relevant de la catégorie de personnel mentionnée au certificat d'adhésion.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide médicale de l'État, des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

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.

Le tarif de responsabilité – TR

Tarif de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul du remboursement des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Le tarif de convention – TC

Tarif de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul des remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

Le tarif d'autorité – TA

Tarif de base utilisé par le régime obligatoire, pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire.

Maladie

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

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse (sauf interruption volontaire de grossesse), l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Médecin correspondant

Le médecin vers lequel le médecin traitant peut orienter un patient, pour lui demander un avis, effectuer des soins dans le cadre d'un protocole de soins, ou pour prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessités par son état de santé.

Médecin traitant

Le médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements du régime obligatoire et complémentaire.

Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

Nous

Désigne l'assureur.

Parcours de soins

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Période de garantie

Elle se définit par rapport à la date d'adhésion du bénéficiaire, elle dépend du type de prestations. Cette période est précisée dans le tableau de garantie.

Plafond annuel de la Sécurité sociale – PASS

Il s'agit du plafond annuel des cotisations de la Sécurité sociale, égal à 12 fois le Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale – PMSS

La Sécurité sociale a mis en place un salaire mensuel de référence, appelé « Plafond mensuel de la Sécurité sociale », qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son montant est fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

Régime obligatoire – RO

Le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel est affilié l'adhérent.

Résiliation

C'est la cessation des effets du contrat ou de l'adhésion.

Ticket modérateur - TM

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport

Il s'agit du 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'adhérent garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Vous

Désigne l'adhérent.

Chapitre 2

Les dispositions relatives au contrat

2.1 Présentation du contrat

Le contrat SwissLife Prévoyance Entreprises + est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, spécifiquement conçu pour répondre aux attentes et aux besoins des petites et moyennes entreprises.

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

2.2 Cadre juridique : contrat « solidaire » et « responsable »

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ». De ce fait, il peut bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Par contrat « responsable », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application. À ce titre, en termes de garantie :

Interdiction de prise en charge

- Il ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- Il ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale.
- Il doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Règles de prise en charge

- Il doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion :
 - des médicaments remboursés par l'assurance maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale ;
 - de l'homéopathie ;
 - des cures thermales.
- Il doit prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux).
- Il doit prévoir un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat.
- Il doit respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique.

Les garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais dans le cadre des obligations de couverture précisées ci-dessus.

2.3 Objet du contrat

Votre entreprise a souscrit un contrat qui a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé définies au chapitre 4 au profit des membres du personnel appartenant à la catégorie à assurer définie au certificat d'adhésion.

Ce contrat est à adhésion obligatoire, par conséquent, vous devez y adhérer dès sa souscription sous réserve des cas de dispenses prévus par la réglementation et indiqués dans l'acte fondateur du régime de protection complémentaire de santé ou de prévoyance.

Le contrat est composé d'une formule de garanties de base obligatoire et peut-être complétée au choix de votre employeur par une ou plusieurs formules optionnelles.

Dans ce cas, et conformément à l'article 3.3 « Choix de votre formule de garanties », vous aurez à choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation personnelle.

Le contrat est complété par des garanties Assistance santé.

2.4 Obligations de votre entreprise

Conformément à l'article 12 de la loi n° 89-1009, votre employeur est tenu de vous remettre un exemplaire de la notice d'information établie par l'assureur et de vous informer par écrit de toute modification qui pourrait être apportée au contrat et ce, au moins trois mois avant sa prise d'effet.

Le non-respect des obligations précitées engage la responsabilité votre employeur. En cas de litige, il lui incombera d'apporter la preuve que la notice d'information vous a bien été remise.

Dans le cadre de la portabilité des garanties et conformément à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'entreprise est tenue de signaler le maintien de vos garanties sur votre certificat de travail.

2.5 Révision du contrat

Le contrat tient compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à sa date d'effet. En cas de modification de ces dispositions, l'assureur peut procéder à une révision du contrat, au plus tôt à leurs dates d'effet.

Jusqu'à cette date, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Si les modalités de la révision proposées par l'assureur ne conviennent pas à votre employeur (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute nature), ce dernier pourra demander la résiliation du contrat.

Chapitre 3

Les dispositions relatives à votre adhésion

3.1 Conditions d'adhésion

Pour bénéficier des garanties, vous devez :

- être affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale ;
- bénéficiaire d'un contrat de travail en vigueur ;
- appartenir à la catégorie de personnel au profit de laquelle votre entreprise a souscrit le contrat.

Cette catégorie est précisée au certificat d'adhésion que nous établissons à votre attention, suite à la réception de votre bulletin individuel d'adhésion ;

- adresser à l'assureur un bulletin individuel d'adhésion, joindre une copie de votre attestation de Sécurité sociale Vitale, un relevé d'identité bancaire (RIB-IBAN) et le cas échéant, une demande de mandat de prélèvement SEPA.

En dehors des cas de réticence, de déclaration intentionnellement fautive ou incomplète, de toute omission ou d'inexactitude dans la déclaration des circonstances du risque faite par vous, une fois admis au contrat, vous ne pouvez être éliminé de l'assurance contre votre gré tant que vous faites partie de l'effectif assuré et tant que votre cotisation est payée.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Vous, si vous répondez aux conditions précisées à l'article 3.1 « Conditions d'adhésion » et vos ayants droit inscrits au contrat tels que définis au chapitre 1. Dans ce cadre, et conformément aux dispositions de l'acte fondateur du régime de protection complémentaire de santé ou de prévoyance, l'inscription de vos ayants droit peut être obligatoire ou laissée à votre choix. La couverture de vos ayants droit est subordonnée à votre adhésion au contrat.

3.3 Choix de votre formule de garanties

Le contrat peut être composé de plusieurs formules de garanties sélectionnées par votre employeur.

Une formule de garanties de base

Elle s'applique à l'ensemble des bénéficiaires définis à l'article 3.2 « Bénéficiaires des garanties ».

Une ou plusieurs formules de garanties optionnelles

Elles ont pour objet de compléter les niveaux de garanties prévus par la formule de base obligatoire.

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation. Votre choix devra être reporté sur votre bulletin individuel d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour vos ayants droit inscrits au contrat. À défaut de choix formel d'une formule optionnelle, vous et vos ayants droit inscrits au contrat adhéreront de plein droit au niveau de garanties de la formule de base obligatoire.

Dans tous les cas, vous conservez la possibilité de changer de formule de garantie chaque début de mois, à partir d'un an après votre adhésion ou de votre dernière modification de formule de garanties. La demande de modification doit intervenir en dehors de toute période de préavis liée à votre démission ou licenciement, auquel cas, et en tout état de cause, vous et vos ayants droit inscrits au contrat bénéficierez toujours du même niveau de garanties.

3.4 Début de vos garanties

Vous bénéficiez de votre garantie :

- dès la date d'effet du contrat d'assurance souscrit par votre entreprise, si vous appartenez à la catégorie de personnel à assurer ;
- après la date d'effet du contrat, à partir de la date à laquelle vous appartenez à la catégorie de personnel à assurer.

Pour ce faire, vous devez avoir adressé votre bulletin individuel d'adhésion dans les trente jours suivant votre date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer. À défaut, votre garantie prendra effet à compter du premier jour du mois qui suit la régularisation de votre bulletin individuel d'adhésion.

S'ils sont inscrits au contrat, vos ayants droit bénéficient de la garantie :

- au plus tôt, en même temps que vous ;
- ou le premier jour du mois qui suit la réception de la demande par l'assureur, lorsque l'inscription au contrat d'un de vos ayants droit est postérieure à votre adhésion.

3.5 Suspension de vos garanties

Votre garantie est suspendue pour vous et vos ayants droit inscrits au contrat :

- lorsque votre contrat est lui-même suspendu pour une autre raison qu'une maternité, une paternité, une maladie ou un accident et ne donne pas lieu à un maintien total ou partiel de votre salaire ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre entreprise.

La suspension s'achève dès la reprise effective de votre contrat de travail, sous réserve que l'assureur en soit informé dans les trois mois qui suivent la reprise effective. À défaut, la suspension s'achèvera à la date à laquelle l'assureur aura reçu la notification ;

- lorsque les cotisations ne sont pas réglées.
- La suspension s'achève à la reprise du paiement des cotisations.

3.6 Cessation de votre adhésion

Votre adhésion s'interrompt :

- dès que vous cessez de faire partie de la catégorie du personnel à assurer définie à votre certificat d'adhésion ;
- à la date de résiliation du contrat d'assurance par votre entreprise ou par l'assureur ;
- à la date à laquelle vous liquidez vos droits à la retraite sauf situation de cumul emploi – retraite ;
- à la rupture de votre contrat de travail.

3.7 Cessation de vos garanties

Vos garanties prennent fin à la date de cessation de votre adhésion.

Les garanties cessent pour vos ayants droit inscrits au contrat :

- en même temps que la cessation de votre adhésion ;
- ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayant droit telle que définie au chapitre 1 de la présente notice d'information ;
- ou dès que les cotisations relatives à leur couverture ne sont plus réglées.

En tout état de cause, la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise entraîne la cessation des garanties des formules optionnelles pour les bénéficiaires.

Toutefois, la garantie peut être maintenue conformément aux articles 3.8.1 et 3.8.2 de la présente notice d'information.

3.8 Maintien de vos garanties santé

3.8.1 La portabilité des garanties dans le cadre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale

Durée et conditions du maintien

Vos garanties sont maintenues à compter de la date d'effet de la rupture de votre contrat de travail. La durée de cette couverture est égale à celle du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail consécutifs, appréciée en mois entiers dans la limite de douze mois, sous réserve toutefois que :

- votre contrat de travail soit rompu pour une cause autre que la faute lourde ;
- le bénéfice de votre garantie ait été ouvert avant la date de cessation de votre contrat de travail ;
- la rupture de votre contrat de travail ait ouvert droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage. Vous devez faire parvenir à l'assureur les documents justifiant votre inscription et votre prise en charge par Pôle emploi, dans les meilleurs délais suivant la rupture de votre contrat de travail. L'assureur se réserve le droit de demander tout justificatif de prise en charge. À défaut de réception, la portabilité des garanties cessera.

Si vous répondez à ces conditions, vous bénéficierez d'un maintien de garanties aux mêmes conditions que les adhérents en activité au sein de l'entreprise. Toute modification des garanties de ces derniers vous sera applicable.

Le maintien est applicable dans les mêmes conditions à vos ayants droit inscrits à titre obligatoire au contrat et qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées à la date de cessation de votre contrat de travail.

Cessation

Le maintien de la garantie prend fin automatiquement dans les cas suivants :

- à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle vous cessez de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- à l'arrivée du terme de vos droits acquis au titre de la portabilité des garanties ;
- à la date de liquidation de vos droits à la retraite ;
- à la date à laquelle le contrat d'assurance est résilié. Dans ce cas, l'entreprise doit organiser la poursuite du maintien des garanties aux bénéficiaires de la portabilité. À défaut, et conformément à la législation en vigueur, elle sera seule débitrice de l'obligation de maintenir lesdites garanties ;
- dès que vous ne retournez pas les justificatifs de prise en charge par Pôle emploi, demandés par l'assureur.

Vous devez informer votre employeur de la cessation prématurée du bénéfice de l'indemnisation chômage.

Le maintien des garanties cesse simultanément pour vous et vos ayants droit.

3.8.2 Maintien des garanties santé dans le cadre de l'article 4 de la loi Évin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, vous pouvez bénéficier d'un maintien de garanties frais de santé, à condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail.

Le maintien de la garantie dans le cadre d'un contrat individuel est possible et sans condition de durée, lorsque la garantie santé cesse d'être acquise, si vous êtes :

- bénéficiaire d'une pension retraite ;
- bénéficiaire d'une rente d'incapacité de travail ou d'invalidité ;
- privé d'emploi et que vous bénéficiiez à ce titre d'un revenu de remplacement.

Vous pouvez bénéficier de ce dispositif, à la fin de votre période de portabilité des garanties évoquée à l'article 3.8.1 de la présente notice d'information. Le maintien de la garantie est également possible pour vos ayants droit inscrits au contrat, pour une durée minimale de douze mois à compter de la date de votre décès. Cette nouvelle garantie sera acquise, sans formalité médicale, et prendra effet le lendemain du jour de la demande, à condition que la demande soit effectuée au plus tard dans les six mois qui suivent l'événement.

Les cotisations seront alors fixées selon les modalités de majoration prévues par la législation française.

3.8.3 Maintien des garanties santé en cas de résiliation du contrat (article 5 de la loi Évin)

En cas de résiliation du contrat collectif et lorsque celui-ci n'est pas remplacé, vous pouvez demander l'adhésion à un contrat individuel de même nature, sans questionnaire ou examen médical, ni période probatoire et selon les conditions tarifaires en vigueur. La demande doit être faite avant la date d'effet de la résiliation du contrat.

Chapitre 4

Les dispositions relatives à vos garanties

Dans les conditions et limites des formules de garanties choisies, mentionnées au certificat d'adhésion, le contrat garantit :

- le remboursement des frais médicaux ;
- le remboursement des frais obsèques ;
- la mise en œuvre des services d'assistance.

4.1 Nature et base de vos prestations

L'assureur procède au remboursement des dépenses de santé engagées par les bénéficiaires suivant les conditions et limites indiquées au certificat d'adhésion.

Les remboursements de l'assureur viennent en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires). Les frais engagés doivent faire l'objet d'une prescription et avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un remboursement s'ils sont prévus au certificat d'adhésion.

Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou vos ayants droit inscrits au contrat, un remboursement des frais médicaux ou le versement d'un forfait supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur les bordereaux, les décomptes ou les feuilles de soins de la Sécurité sociale.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, l'assureur se conforme aux dispositions des nomenclatures des actes de la Sécurité sociale telles que définies au chapitre 1.

Lorsque les dépenses de santé n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge directe par l'assureur, le remboursement des frais médicaux est toujours établi à votre ordre pour l'ensemble des bénéficiaires et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

4.2 Contenu de vos garanties

Les garanties s'inscrivent dans le cadre des dispositifs législatifs relatifs :

- aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » définis au chapitre 1 de la présente notice d'information ;
- aux garanties de complémentaire de frais minimales prévues par l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

4.2.1 Le remboursement des frais médicaux

Sont couvertes les dépenses de santé engagées entre la date de début et la date de fin de la garantie.

Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire, la date de facturation de l'équipement pour l'optique.

Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

L'hospitalisation

- Les frais de séjour.
- Les interventions chirurgicales.
- Les actes d'anesthésie et d'obstétrique.
- L'hospitalisation à domicile.
- Les frais de transport du malade ou de l'accidenté.
- Le forfait hospitalier pour une durée illimitée.
- La chambre particulière pour une durée illimitée.
- Le remboursement des frais de télévision pendant quinze jours par événement, en cas d'hospitalisation.

- Le remboursement des frais d'accompagnement, en cas d'hospitalisation d'un assuré accompagné par son conjoint ou un enfant dans les limites du plafond journalier prévu.

- Le versement d'une allocation forfaitaire à l'assuré par maternité ou par adoption et par enfant en cas de naissance multiple.

Le dentaire

- Les soins dentaires, la prophylaxie, la parodontologie et la prévention remboursés par la Sécurité sociale.
- Les inlays et onlays remboursés par la Sécurité sociale.
- L'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- Les prothèses dentaires et inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale dans les limites des plafonds indiqués au certificat d'adhésion.
- Les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, l'implantologie, les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie dans les limites des montants indiqués au certificat d'adhésion.

L'optique

- Les verres.
- La monture.
- Les lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale.
- La chirurgie réfractive.

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », il est prévu de rembourser un équipement (monture + verres) à compter de l'adhésion d'un assuré, par période de deux ans d'assurance, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue pour lesquels le remboursement pourra être annuel.

La médecine courante

- Les consultations et visites.
- Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux.
- Les analyses et les examens de laboratoires.
- Les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie.
- Les actes de spécialité : les Actes techniques médicaux (ATM).
- Les médecines douces non remboursées (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin.

La pharmacie

- Les médicaments et l'homéopathie remboursés par la Sécurité sociale.

Les prothèses et les appareillages

- Les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires.
- Le versement d'un forfait annuel et par bénéficiaire pour les prothèses capillaires et auditives remboursées par la Sécurité sociale.

Les cures thermales

- Les cures thermales remboursées par la Sécurité sociale.
- Le versement d'un forfait par an et par bénéficiaire, en cas de cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale.

La prévention

Le contrat peut prendre en charge dans le cadre d'un forfait annuel et sur prescription médicale des actes de dépistage, de prévention et de pharmacie non remboursés, dont la liste est précisée au certificat d'adhésion. Le contenu peut évoluer, des actes peuvent ajoutés ou enlevés, selon les évolutions législatives ou réglementaires et en fonction du progrès médical en matière de prévention.

4.2.2 La garantie frais d'obsèques

Cette garantie n'a d'effet que si elle est indiquée à votre certificat d'adhésion.

En cas de décès d'un bénéficiaire, les frais d'obsèques sont pris en charge à hauteur des frais réellement exposés, dans la limite du montant indiqué au certificat d'adhésion.

Les frais d'obsèques sont remboursés à la personne physique ou morale qui a pris en charge et organisé les obsèques, au plus tard dans les trente jours suivant la réception des éléments demandés pour l'étude du dossier.

Le décès d'un bénéficiaire doit être déclaré le plus tôt possible auprès de l'assureur, soit par la famille, soit par l'entreprise, soit par la personne qui a organisé les obsèques.

Cette garantie cesse dans les mêmes conditions que celles définies pour la garantie santé

4.2.3 Les services complémentaires

Les services proposés par Carte Blanche Partenaires

La garantie santé est complétée par des services innovants et performants, détaillés ci-dessous, qui répondent à un certain nombre de critères objectifs, d'exigence et de qualité de services.

- La **dispense d'avance de frais** (tiers payant) pour de nombreuses dépenses de santé auprès des professionnels de santé partenaires :
 - en pharmacie, laboratoire, kinésithérapie, transports sanitaires, optique, radiologie, soins externes en établissements, la prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de leur attestation de tiers payant **Carte Blanche Partenaires** en cours de validité.

En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible ;

- en hospitalisation, dentaire, audioprothèse, la prise en charge peut être accordée sur simple appel au numéro indiqué sur leur carte de tiers payant **Carte Blanche Partenaires**.
- Des **engagements de modération tarifaire**, auprès des opticiens, chirurgiens-dentistes ainsi que chez les audioprothésistes, ostéopathes et diététiciens partenaires de **Carte Blanche Partenaires**.

Vous demeurez naturellement libre de consulter un professionnel de santé

hors du réseau **Carte Blanche Partenaires**, hors des conditions spécifiques précisées ci-dessus.

- Des **actions organisées par l'Association Carte Blanche Asso** dont les adhérents sont bénéficiaires et qui leurs permettent d'obtenir de l'information en matière de santé et de prévention par téléphone, de recevoir la lettre d'information santé, d'avoir un accès personnalisé au site d'information prévention santé : www.cartelblanchepartenaires.fr, de participer à des programmes de prévention tels que le coaching arrêt du tabac ou coaching nutrition, de participer également à des enquêtes sur vos attentes et besoins en matière de santé.

Pour connaître les professionnels de santé partenaires de **Carte Blanche Partenaires**, il vous suffit d'appeler le numéro figurant sur votre attestation de tiers payant, ou de consulter le site www.cartelblanchepartenaires.fr, muni(e) de votre identifiant et mot de passe envoyés avec votre attestation de tiers payant **Carte Blanche Partenaires**.

Les services proposés par la Garantie Assistance Santé

Grâce à la garantie Assistance santé, vous bénéficiez de services d'assistance qui vous accompagnent en cas de besoin.

L'Assistance Santé comprend notamment :

- le portage de médicaments, si le bénéficiaire des garanties est immobilisé pendant plus de cinq jours ;
- une aide-ménagère à domicile, suite à une hospitalisation imprévue de plus de 48 heures ;
- l'assistance information Info Santé.

Toutes les conditions de la garantie assistance sont indiquées dans la convention jointe à la présente notice d'information.

Pour contacter Garantie Assistance, appelez le 09 77 40 18 00.

4.3 Étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation est acquise dans le monde entier pour les bénéficiaires, à partir du moment où le régime obligatoire intervient.

Chapitre 5

Le règlement des prestations

Plusieurs possibilités vous sont offertes pour obtenir le règlement de vos prestations.

5.1. Procédure simplifiée

5.1.1 La télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous faisons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuons le paiement correspondant.

Ainsi, vous n'avez pas à nous transmettre le décompte des prestations du régime obligatoire.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser sur votre bulletin individuel d'adhésion ou le notifier par écrit à notre siège social. Le règlement de notre participation s'effectue alors selon la procédure classique.

5.1.2. Le tiers payant

Une carte de tiers payant vous est délivrée lors de la mise en place des garanties. Elle vous permet de ne pas faire l'avance auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si le contrat et votre adhésion sont encore en vigueur au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de cette carte, nous pouvons vous demander le remboursement des montants réglés auprès des professionnels de santé consultés.

Dès lors que vous cessez pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties, vous vous engagez à restituer immédiatement votre carte.

5.2. Procédure classique

Lorsque vous ne bénéficiez pas de la télétransmission avec votre régime obligatoire, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, vous devez nous faire parvenir les documents suivants pour obtenir le remboursement de vos dépenses de santé :

<i>Les remboursements de la garantie santé</i>	<i>Les documents et justificatifs à transmettre</i>
<i>La médecine courante</i>	Les décomptes originaux des prestations des régimes obligatoires.
<i>L'hospitalisation</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale ; les ordonnances, les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires de chirurgiens ; les factures de frais de télévision ; les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire.
<i>L'optique</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale ; la facture détaillée établie par l'opticien. Pour le renouvellement annuel de l'équipement en cas d'évolution de la vue : - la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, accompagnée de la prescription initiale ; - ou la prescription médicale initiale avec corrections apportées par l'opticien.
<i>Le dentaire</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale ; la facture détaillée établie par le dentiste.
<i>Les frais d'obsèques</i>	Une copie de l'acte de décès, la facture des frais d'obsèques et une pièce établissant la qualité du bénéficiaire : photocopie du livret de famille, de la carte d'identité, du passeport ou toute autre pièce que nous estimerons nécessaire.
<i>La prévention</i>	Les notes d'honoraires et autres faits acquittés justifiant les dépenses réelles, y compris pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire.
<i>La pharmacie</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale.
<i>Les prothèses et les appareillages</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale ; la facture détaillée.
<i>Les cures thermales</i>	L'original du décompte de la Sécurité sociale.
<i>La médecine douce non remboursée</i>	Les notes d'honoraires et autres factures acquittés justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Vos demandes de remboursement doivent nous parvenir dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation du contrat.

Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, nous nous réservons la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessus.

5.3 Expertise

Sauf cas de force majeure, l'assuré malade, accidenté ou ayant bénéficié de prestations effectuées doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous.

L'assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que nous avons mandaté sont à notre charge, l'assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix.

- La décision sera communiquée à l'assuré par notre médecin-conseil.
- Si l'assuré ne l'a pas contesté dans les trente jours, le diagnostic du médecin-conseil est considéré comme acquis. En cas de désaccord, l'assuré doit transmettre une attestation médicale contradictoire.

- Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les médecins désignent un expert (s'ils n'y parviennent pas, la désignation est effectuée par le président du tribunal de grande instance du lieu du domicile de l'assuré).
- Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.
- Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés moitié par nous, moitié par vous.
- Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

Chapitre 6

Les cotisations relatives à la couverture de vos ayants droit et / ou à la formule optionnelle

6.1 Assiette des cotisations

Le montant des cotisations est exprimé, sauf cas particulier, en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur pour la période considérée.

Les taux de cotisation éventuellement majorés des taxes, sont indiqués au certificat d'adhésion le cas échéant.

6.2 Évolution des cotisations

En cas d'évolution des garanties, les cotisations sont adaptées dès la mise en place des nouvelles garanties.

À garanties identiques, les cotisations évolueront automatiquement :

- chaque année au 1^{er} janvier, en fonction des résultats techniques constatés sur l'ensemble des contrats de même nature et / ou d'une même catégorie de contrats ou de garanties, et / ou du contrat d'assurance précité ;
- en cas de modification de dispositions législatives et réglementaires, y inclus toute modification fiscale ou sociale, de nature à remettre en cause la portée des engagements de l'assureur. Ces modifications de cotisations prennent effet au plus tôt à la date d'entrée en vigueur de ces événements.

6.3 Paiement des cotisations

Si cela est prévu à votre certificat d'adhésion, les cotisations relatives à l'extension de la couverture à vos ayants droit ainsi qu'à la garantie optionnelle seront directement prélevées mensuellement sur votre compte bancaire.

6.4 Non-paiement des cotisations

Les cotisations sont payables dans les dix jours suivant l'envoi de votre avis d'échéance, le cas échéant. En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, l'assureur vous adresse une mise en demeure de payer par lettre recommandée et vous informe des conséquences du non-paiement.

Si votre cotisation n'est pas acquittée dans les trente jours suivant la date d'envoi de la mise en demeure de payer, les garanties de la formule optionnelle seront suspendues. Ces garanties cesseront automatiquement pour vous ainsi que vos ayants droit quarante jours après l'envoi de cette lettre.

Dans ce cas, vous et vos ayants droit inscrits à titre obligatoire continuerez à bénéficier de plein droit des garanties de la formule de base obligatoire.

Chapitre 7

Les autres dispositions

7.1 Réclamations – Médiation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations à l'adresse suivante : Service Réclamations – Prévoyance et Santé – TSA 36003 – 59781 Lille Cedex.

En dernier recours : le Département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par votre service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le médiateur de la FFSA

Le médiateur de la FFSA (Fédération française des sociétés d'assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la FFSA. Le médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Département Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

7.2 Subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'adhérent.

7.3 Loi informatique et libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du médecin-conseil, 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

7.4 Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances.

Délai de prescription

Article L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

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

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.



L'avenir commence ici.

*Swiss Life Prévoyance et Santé
Siège social :
7, rue Belgrand
92300 Levallois-Perret
SA au capital social
de 150 000 000 €
entreprise régie par
le Code des assurances
322 215 021 RCS Nanterre
www.swisslife.fr*