

Tranquillité Santé Garantie Accidents de la Vie

relative au contrat n° 011 225 544 souscrit :

- Auprès de **SwissLife Assurances de Biens** - (désignée ci-après « Assureur »), - Siège Social : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois Perret SA au capital de 80 000 000 € - RCS Nanterre 391 277 878 - Entreprise régie par le Code des Assurances.
- Le contrat «**Tranquillité Santé Garantie Accidents de la Vie**» a été négocié auprès de l'Assureur par HD Assurances (dénommé ci-après HD Assurances) qui le commercialise via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires.

HD Assurances

SAS de courtage d'assurances au capital de 600 000 €
ORIAS N° 07 002 941 - RCS Créteil 395 325 053
Siège social : 51-55 rue Hoche - 94767 Ivry-sur-Seine Cedex.

- La gestion des adhésions au contrat «**Tranquillité Santé Garantie Accidents de la Vie**», par délégation de l'Assureur, est effectuée par HD Assurances.

Lexique

• **Accident** : Les notions d'accident et d'accidents médicaux sont définies à l'article 1 (contenu des garanties)

• **Assuré** : Lorsque la mention « Assuré seul » est indiquée aux Dispositions Particulières ; le preneur d'assurance ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit

Lorsque la mention « Famille » est indiquée aux Dispositions Particulières :

- Le preneur d'assurance ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit,
- Son conjoint non séparé de corps ou son concubin (qu'il soit ou non cosignataire d'un Pacs),
- Leurs enfants, lorsqu'ils sont fiscalement à charge,
- Leurs enfants mineurs même s'ils ne résident pas sous leur toit.

Les personnes doivent avoir leur résidence principale sur le territoire métropolitain français, à Monaco ou Andorre, sous réserve des dispositions prévues à l'article 1.2 des Dispositions Générales.

- **Assureur** : SwissLife Assurances de Biens
- **Bénéficiaire** : le bénéficiaire du contrat est l'assuré. En cas de décès de celui-ci, ses ayants-droit c'est à dire les personnes physiques pouvant justifier, du fait d'une relation non professionnelle, avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès de l'assuré, à l'exception des personnes ayant causé volontairement les dommages à la victime au titre du présent contrat."
- **Déchéance** : la perte du droit à la garantie
- **Droit commun** : l'ensemble des règles juridiques définies par la Loi et la jurisprudence et s'appliquant à tous
- **Echéance annuelle principale** : la date indiquée sous

ce titre aux Dispositions Particulières ; elle détermine le point de départ d'une année d'assurance

• **Incapacité permanente** : la réduction définitive de certaines fonctions physiques, psychiques, intellectuelles, appréciées médicalement à la date de stabilisation de l'état de santé de l'assuré, en comparant l'état subsistant après l'accident à l'état de santé antérieur à l'événement garanti

• **Indice** : l'indice du coût horaire de travail tous salariés des services administratifs et de soutien, pour sa dernière valeur connue telle que publiée par l'INSEE au moins un mois avant l'échéance principale du contrat (1^{er} janvier).

• **Preneur d'assurance** : la personne (souscripteur) qui est désignée sous ce nom aux Dispositions Particulières et dans les documents modifiant le contrat initial

• **Recours de l'Assureur contre le responsable (subrogation)** : la substitution de l'assureur dans les droits et actions de l'assuré ou des bénéficiaires du contrat à l'encontre de tout tiers.

L'assureur ne peut recourir 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.

Ce recours est limité au montant des indemnités versées.

• **Stabilisation de l'état de santé de l'assuré (consolidation)** : le stade auquel les lésions ou affections dont l'assuré est atteint ne sont plus susceptibles d'évoluer, en l'état des connaissances médicales de l'époque.

La stabilisation de l'état de l'assuré fait l'objet d'un constat médical

• **Tiers** : toute personne autre que l'assureur, l'assuré ou les bénéficiaires du contrat.

Objet du contrat

Le contrat **Tranquillité Santé Garantie Accidents de la Vie** garantit les préjudices résultant d'accidents subis par l'assuré dans le cadre de sa vie privée, lorsque ces accidents entraînent :

- soit le décès de l'assuré ;
- soit une incapacité permanente de l'assuré, directement imputable à l'accident, lorsque cette incapacité est égale ou supérieure au taux indiqué aux Dispositions Particulières.

On entend par accident :

- les accidents médicaux ;
- les accidents dus à des attentats ou à des infractions
- les autres accidents de la vie privée

Le contrat qui revêt un caractère indemnitaires, a pour objet d'offrir à l'assuré ou au bénéficiaire la réparation des préjudices qu'ils ont subis du fait d'un accident garanti évalué selon les règles applicables en Droit Commun.

La garantie ne s'applique qu'aux seuls préjudices définis à l'article 2 et selon les modalités d'indemnisation définies ci-après.

Le cumul des indemnités versées par l'assureur au titre du présent contrat ne peut dépasser, par victime, la somme indiquée aux Dispositions Particulières.

Les éléments de votre adhésion

Votre souscription au contrat **Tranquillité Santé Garantie Accidents de la Vie** est :

- Régie par les dispositions qui suivent dans la présente Notice d'Information. La Loi applicable est la Loi française, notamment par le Code des Assurances. HD Assurances et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion,
- Constituée des éléments suivants :

La présente Notice d'Information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites.

Le certificat d'adhésion

Le tableau des garanties qui précise les formules et les taux d'IPP

TITRE I – LA GARANTIE

Article 1 - Contenu des garanties incapacité permanente et décès

Vous bénéficiez des garanties en fonction de la formule choisie et indiquée sur les Dispositions Particulières.

Accidents garantis :

- **Les accidents médicaux :** causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés à la quatrième partie du Code de la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux

référéncés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Il y a accident médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de caractère médical a eu sur l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.

Sont également considérées comme des accidents médicaux, les affections nosocomiales contractées par l'assuré lors de son séjour dans un établissement de santé public ou privé.

La couverture des accidents médicaux n'est acquise que pour les conséquences des actes ou traitements pratiqués postérieurement au 1^{er} Janvier 2000 et antérieurement à la résiliation du contrat, pour autant que la manifestation des dommages ait été inconnue de l'assuré ou du bénéficiaire au moment de la souscription du contrat et de la prise d'effet de la garantie.

- **Les accidents dus à des attentats ou à des infractions :** lorsque ces derniers résultent de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction. Le contrat couvre les dommages consécutifs à un accident dû à un attentat ou à une infraction, survenu entre le jour de prise d'effet du contrat et sa résiliation.

- **Les autres accidents de la vie privée :** suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures - y compris les catastrophes naturelles et catastrophes technologiques-survenant au cours d'activités de la vie courante (domestiques, touristiques, scolaires, de loisirs ou sportives) et ne faisant pas l'objet d'une exclusion.

Deux formules pour un contrat adapté au plus près de vos besoins :

- **Formule Sécurité :** Dès 30% d'incapacité permanente reconnu ou en cas de décès

- **Formule Sérénité :** Dès 6% d'incapacité permanente reconnu ou en cas de décès

Les services complémentaires proposés :

L'assuré bénéficie d'un ensemble de services d'assistance qui l'accompagne en cas de besoin. Les conditions des garanties d'assistance sont indiquées et définies dans les Dispositions Générales 2394E-07.2014 jointes au certificat d'adhésion.

Article 2 - Préjudices indemnisables

- **En cas d'incapacité permanente :**

Les frais de logement adapté (FLA)

Les frais de véhicule adapté (FVA)

L'assistance permanente par tierce personne (ATP)

Les pertes de gains professionnels futurs (PGPF)

Le déficit fonctionnel permanent (DFP)

Les souffrances endurées (SE)

Le préjudice esthétique permanent (PEP)

Le préjudice d'agrément (PA)

- **En cas de décès :**

Les frais d'obsèques (FO)

Les pertes de revenus des proches (PR)

Les frais divers des proches (FD)

Le préjudice d'affection (PAF)

Article 3 - Exclusions

L'assureur ne garantit pas les accidents :

- subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ;
- subis à l'occasion d'accidents de trajets tels que définis par l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale ;
- résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques, sauf ce qui en est dit à l'article 2.1.4. des Dispositions Générales

Demeurent toutefois garantis les accidents subis au cours de l'utilisation :

- de véhicules ferroviaires et de tramways circulant sur des voies qui leur sont propres,
- de véhicules à moteur ayant un caractère de jouets d'enfants et de tondeuses à gazon autoporteuses,
- des fauteuils roulants électriques,
- résultant de la participation volontaire de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel, ou à une rixe, sauf le cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- provenant de la guerre civile ou étrangère,
- dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,
- résultant d'expérimentations biomédicales,
- causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- résultant du suicide de l'assuré ou de sa tentative de suicide,
- que l'assuré s'est causé intentionnellement,
- causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou avec sa complicité,
- Au titre des Frais divers des Proches (Art. 2.2 des Dispositions Générales), ne sont pas garantis les frais de fleurs, couronnes, plaques...

Article 4 - Etendue géographique des garanties

Les garanties s'exercent en France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-Mer – Collectivités d'Outre-Mer, dans les principautés d'Andorre et Monaco, dans les pays membres de l'AELE (Association Européenne de libre-échange), à San Marin et au Vatican. En ce qui concerne les enfants et descendants de l'assuré poursuivant leurs études hors des pays sus indiqués, les garanties s'exercent également dans le pays où les enfants et descendants effectuent leurs études, pendant la durée de celles-ci, sous réserve de la production de justificatifs de scolarisation.

Lors de voyages et séjours qui n'excèdent pas une durée continue de TROIS MOIS, les garanties s'exercent dans le reste du monde.

Pour la validité territoriale du risque Assistance, se reporter à l'article 2.9 des Dispositions Générales.

Article 5 - Conditions de mise en jeu des garanties

Les prestations versées au titre de l'indemnisation des préjudices ne sont dues par l'assureur qu'à partir du moment où il est médicalement établi que les lésions ou blessures rattachables à un événement garanti entraînent pour l'assuré une incapacité permanente dont le taux est égal ou supérieur à celui indiqué aux Dispositions Particulières.

TITRE II – LA VIE DU CONTRAT

Article 6 - Formation du contrat - date d'effet de l'assurance - durée du contrat

Le contrat est formé par l'accord entre le preneur d'assurance et l'assureur. La date de conclusion du contrat est indiquée dans les Dispositions Particulières qui sont adressées au preneur d'assurance.

Le contrat produit ses effets à la date fixée aux Dispositions Particulières. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an (sauf mention d'une autre durée aux Dispositions Particulières). A l'expiration de cette durée, le contrat est automatiquement reconduit d'année en année (sauf quand les Dispositions Particulières prévoient qu'il est conclu sans tacite reconduction)

Article 7 - La cotisation

• **Montant de la cotisation, date de paiement :** le montant de la cotisation nette annuelle et celui des frais accessoires sont indiqués aux Dispositions Particulières. S'y ajoutent les impôts et taxes sur le contrat d'assurance. Le montant de la cotisation nette augmenté des frais accessoires et des impôts et taxes est payable d'avance à la date fixée aux Dispositions Particulières selon les modalités qui y sont prévues.

Nota : le montant de la cotisation « famille » retenu est celui lié à la date de naissance de l'assuré le plus âgé.

• **Lieu du paiement :** la cotisation se paie au siège de l'assureur ou au domicile de l'intermédiaire désigné par écrit.

• **Non-paiement de la cotisation :** à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut en poursuivre le paiement en justice et, en outre, demander des dommages-intérêts.

Indépendamment de cette action, l'assureur peut se décharger provisoirement (suspension) ou définitivement (résiliation) de son obligation de garantie.

La suppression provisoire de la garantie du contrat (suspension) intervient 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée mettant le preneur d'assurance en demeure de payer, adressée au dernier domicile du preneur d'assurance connu de l'assureur.

Lorsque 10 jours de suppression provisoire de la garantie se sont écoulés sans paiement, l'assureur a le droit de résilier le contrat par notification faite au preneur d'assurance, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

Les effets du contrat cessent alors, dans le premier cas, le 41e jour à zéro heure de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure, et, dans le deuxième cas, dès l'envoi de la nouvelle lettre recommandée notifiant la résiliation du contrat.

En tout état de cause, la cessation définitive des effets du contrat ne peut intervenir avant le 40e jour à minuit de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Article 8 - Indexation de la cotisation et des garanties

La cotisation nette et les montants des garanties sont modifiés proportionnellement aux variations de l'indice du coût horaire de travail tous salariés des services administratifs et de soutien publié par l'INSEE.

Leur montant initial est modifié au premier janvier de chaque année, proportionnellement à la variation constatée entre la plus récente valeur de l'indice publiée lors de la souscription du contrat (la valeur de l'indice de souscription est indiquée aux Dispositions Particulières) et la plus récente valeur de l'indice publiée un mois au moins avant le premier janvier de chaque année (la valeur de l'indice d'échéance est indiquée sur la quittance ou sur l'avis d'échéance de cotisation).

Le montant des garanties Incapacité Permanente et Décès ne peut être inférieur à celui indiqué aux Dispositions Particulières lors de la souscription du contrat.

Article 9 - Révision par l'assureur des cotisations

Si l'assureur modifie ses cotisations en fonction des résultats techniques d'une catégorie ou de l'ensemble des contrats en portefeuille couvrant les mêmes risques, la cotisation du contrat sera modifiée dans la même proportion à la première échéance qui suit cette modification.

Article 10 - Vos déclarations

• **A la souscription** : le contrat est établi d'après les déclarations du preneur d'assurance et la cotisation en tient compte. C'est pourquoi, à la souscription du contrat, le preneur d'assurance est tenu de répondre exactement à chaque question posée par l'assureur, notamment dans la proposition par laquelle l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge.

• **En cours de contrat** : le preneur d'assurance ou à défaut l'assuré doit déclarer à l'assureur toute circonstance nouvelle qui a pour conséquence, soit d'aggraver les risques, objet de l'assurance, soit d'en créer de nouveaux et qui rend inexacts ou caduques les réponses faites, notamment dans le questionnaire auquel il a répondu à la souscription du contrat.

Le preneur d'assurance ou l'assuré dispose de 15 jours pour faire cette déclaration. Ce délai part du jour de la connaissance de la circonstance nouvelle. La déclaration se fait par lettre recommandée.

Quand la circonstance nouvelle aggrave le risque de telle sorte que si le nouvel état de chose avait existé lors de la souscription du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas accepté de garantir ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée, l'assureur a droit

par application de l'article L.113-4 du Code des Assurances :

- soit de mettre fin au contrat (résiliation) ;
- soit de proposer un nouveau montant de cotisation.

Dans le premier cas, la résiliation ne peut prendre effet que dix jours après notification et l'assureur doit alors rembourser à l'assuré la fraction de la cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'est plus assuré.

Dans le second cas, si le preneur d'assurance, dans un délai de 30 jours, à compter de la date de réception par lui de la proposition de l'assureur n'y donne pas suite ou refuse expressément le nouveau montant de cotisation, l'assureur est en droit de résilier le contrat au terme de ce délai à condition d'avoir informé le preneur d'assurance de cette faculté en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition.

• **Déclaration du sinistre** : l'assuré ou le bénéficiaire du contrat est tenu de déclarer à HD Assurances - Service Gestion - 51-55 rue Hoche - 94767 Ivry-sur-Seine, tout sinistre susceptible de mettre en jeu les garanties du présent contrat dans le délai maximum de CINQ JOURS ouvrés, calculés à partir du moment de la survenance de l'accident ou de sa connaissance.

Lors de sa déclaration, l'assuré ou les bénéficiaires du contrat doivent indiquer exactement les circonstances de l'événement, donner toutes précisions utiles sur le ou les tiers en cause, communiquer l'identité des témoins, indiquer si le sinistre a donné lieu à l'intervention des forces de police ou de gendarmerie et/ou celle des sapeurs-pompiers, communiquer les coordonnées de son ou ses régimes de protection sociale et des autres assurances à caractère indemnitaire dont la garantie est susceptible d'intervenir au titre de l'événement.

Plus généralement, l'assuré ou les bénéficiaires du contrat doivent produire à l'assureur tout justificatif de nature à établir la survenance de l'accident, la réalité des préjudices subis et le lien de causalité entre ces préjudices et l'accident.

Dès la déclaration de l'événement, il doit, en outre, être transmis à l'assureur le certificat médical initial descriptif des blessures ou de constatation de décès.

Si l'assureur établit qu'il a subi un préjudice du fait d'un manquement à ces obligations, il sera en droit de retenir une portion de l'indemnité à verser à l'assuré ou au bénéficiaire du contrat, sauf s'il est prouvé que le manquement est imputable à un cas fortuit ou de force majeure.

Article 11 - Autres obligations

• **En cas de décès de l'assuré** :

Les bénéficiaires doivent sans délai transmettre à HD Assurances 51-55 rue Hoche - 94767 Ivry-sur-Seine, sur simple requête de ce dernier :

- tout document de nature à établir que le décès est en relation directe avec un accident garanti ;
- l'attestation de décès délivrée par la Mairie, toutes justifications d'état civil permettant d'établir les liens de filiation ou familiaux des ayants droit de l'assuré décédé, les factures acquittées des frais funéraires exposés, la justification des revenus nets perçus par la victime servant de base à la détermination des préjudices économiques éventuels, les notifications des capitaux et prestations servis

aux ayants droit par les organismes sociaux, organismes de prévoyance collective ou individuelle, autres assureurs couvrant le même risque.

La production volontaire de documents erronés ou falsifiés entraîne la déchéance de la garantie.

En outre, l'assureur est en droit de résilier immédiatement le contrat.

• En cas de blessures

L'assuré est tenu :

- de se soumettre à toute expertise médicale initiée par l'assureur, la possibilité lui étant offerte de se faire assister par tout praticien de son choix. Le refus de l'assuré de se soumettre à l'examen médical entraîne la suspension de la garantie ;

- de produire à l'assureur, sur simple requête de ce dernier, la justification de ses revenus nets perçus avant la date de l'événement garanti ;

- de communiquer à l'assureur tous les éléments constitutifs de sa protection sociale, et lui transmettre la ou les notifications de toutes prestations servies par le ou les organismes débiteurs dès lors qu'elles ont été acceptées par lui.

La production volontaire de documents erronés ou falsifiés entraîne la déchéance de la garantie.

En outre, l'assureur est en droit de résilier immédiatement le contrat.

• Règlement des sinistres - les engagements de l'assureur :

L'assureur présentera, dans un délai maximum de HUIT MOIS à compter de l'accident, une offre d'indemnité à l'assuré qui a subi une atteinte à la personne.

En cas de décès de l'assuré, l'offre est faite aux bénéficiaires.

En cas d'incapacité permanente, une offre provisionnelle est faite dans LE MOIS suivant le dépôt du rapport du médecin désigné par l'assureur s'il apparaît que le taux d'incapacité après consolidation dépassera le seuil de déclenchement de la garantie indiqué aux Dispositions Particulières.

L'offre qui comprend tous les éléments indemnisables du préjudice garanti par le présent contrat, peut avoir un caractère provisionnel lorsque l'assureur n'a pas, dans les trois mois de l'accident, été informé de la consolidation de l'état de la victime assurée pour autant qu'il soit médicalement établi que l'importance des séquelles définitives normalement prévisibles entraînera nécessairement une invalidité permanente au moment de la consolidation dont le taux sera supérieur à celui retenu au titre de la franchise contractuelle. L'offre définitive d'indemnisation doit alors être faite dans le délai de CINQ MOIS suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

Le délai de CINQ MOIS pour faire une offre définitive s'applique également lorsque le médecin désigné par l'assureur établit que la victime est consolidée dès la première expertise médicale.

Le règlement des préjudices économiques et patrimoniaux reste toutefois subordonné à la production des créances définitives des organismes prestataires tels qu'organismes sociaux et de prévoyance, employeur, les retards éventuels imputables à ces derniers ne pouvant être opposés à l'assureur.

Le paiement par l'assureur de l'indemnité acceptée par l'assuré ou les bénéficiaires interviendra dans le délai maximum de UN MOIS suivant l'accord définitif.

Article 12 - Résiliation

Le contrat peut être résilié :

- **par le preneur d'assurance** : à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale (1^{er} janvier) prévue aux Dispositions Particulières moyennant un préavis de deux mois au moins (sauf dans le cas de l'application de la Loi Chatel lors de chaque renouvellement annuel).

Important : Loi Chatel, reconduction tacite des contrats. Selon les dispositions et modalités prévues à l'article L113-15.1 du Code des Assurances : la date limite d'exercice par l'assuré du droit à dénonciation du contrat doit être appelée avec chaque avis d'échéance principale de prime ou de cotisation. L'Adhérent au contrat **Tranquillité Santé Garantie Accidents de la Vie** a la possibilité de demander la résiliation de son adhésion lors de chaque renouvellement annuel.

- **par l'assureur** : l'assureur se réserve la possibilité de résilier l'adhésion à chaque échéance principale moyennant un préavis de deux mois au moins.

• Les modalités de la résiliation

La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé adressé à HD Assurances – 51/55 Rue Hoche – 94767 Ivry sur Seine.

TITRE III – LES AUTRES DISPOSITIONS

Article 13 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la Loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des Assurances.

Article L114-1 : *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^o *En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;*

2^o *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, notwithstanding les dispositions du 2^o, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 : 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.

Article L114-3 : 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.

Article 17 - Possibilité de renonciation

L'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de son adhésion mentionnée sur les Dispositions Particulières (date de souscription indiquée sur les Dispositions Particulières en bas à gauche), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L112-9 du Code des Assurances ou par les articles L121-21, L121-26 (modifié par Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 - Article 9) et suivants du Code de la Consommation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée, envoyée à HD Assurances - Service Clients - 51-55 rue Hoche - 94767 Ivry-sur-Seine Cedex. Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée par HD Assurances.

Article L112-9 I du Code des Assurances : «Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...). Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation».

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du Code des Assurances et L121-21, L121-26 (modifié par Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 - Article 9) et suivants du Code de la Consommation : l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de la date de sa conclusion (date de souscription indiquée sur les Dispositions Particulières en bas à gauche), à la demande expresse de l'adhérent. La cotisation, dont il est redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de son adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception de son éventuelle renonciation. En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à HD Assurances les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné(e) (Nom et Prénom du Preneur d'Assurance), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à la souscription du contrat **Tranquillité Santé Garantie Accidents de la vie** (numéro du contrat), que j'ai signé 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.

A : (Indiquer le lieu) Le : (Indiquez la date)

Signature

Article 14 - Informatique et liberté

Conformément à la loi informatique et libertés du 6.1.78 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe SwissLife mentionnée dans 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 SwissLife, destinataire, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

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 SwissLife, 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.

Article 15 - Les réclamations - La médiation

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec HD Assurances – 51/55 Rue Hoche – 94767 Ivry sur Seine Cedex.

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations : SwissLife Assurances de Biens – Service Réclamations Dommages – TSA 26002 – 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.

Article 16 - Autorité de Tutelle

Les activités de l'Assureur et de HD Assurances sont placées sous l'autorité et le contrôle de l'ACPR – Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 61 Rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.