

**Assurance remboursement  
des frais médicaux,  
chirurgicaux  
et d'hospitalisation**



## Mode de paiement des cotisations

annuel     semestriel     trimestriel     mensuel (uniquement par prélèvement automatique)

**Prélèvement automatique :**  oui     non     le 5     10     20     le dernier jour du mois  
Si oui, compléter l'autorisation de prélèvement.

J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

<input type="checkbox"/> Je verse un acompte de _____ euros pour une période de garantie de _____ mois à titre de provision sur le contrat à établir. ou <input type="checkbox"/> Je demande le prélèvement automatique de l'acompte (droit d'entrée AGIS réglé par chèque).
--

## Paiement des prestations

Soucieux de vous proposer le meilleur service, nous vous informons que les remboursements de vos prestations seront (sauf avis contraire de votre part) automatiquement et gratuitement virés sur votre compte bancaire à réception de votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

## Déclarations et signatures

- ◆ Je soussigné, souscripteur/adhérent reconnais avoir été informé que :
  - L'assureur se fonde, pour établir les relations pré-contractuelles, sur le Code des assurances et notamment son article L112-2. La loi applicable au présent contrat, régi par le Code des assurances, est la loi française. L'assureur, avec mon accord, s'engage à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française.
  - Le contrat ou l'adhésion est conclu pour une durée annuelle. A l'expiration de chaque période annuelle, il est reconduit de plein droit d'année en année, sauf renonciation par moi ou l'assureur dans les conditions prévues par la loi, rappelées aux dispositions générales du contrat.
- ◆ Au cas où le contrat aurait été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L112-2 du code des assurances et L 121-20-8 du code de la consommation),
  - Je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale du contrat à compter de sa conclusion.
  - Dans ce cadre et conformément aux textes précités, je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter de la conclusion du contrat (envoi des documents contractuels par l'assureur), pour me rétracter. 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 inclus dans les dispositions générales valant notice d'information.
  - La cotisation, dont je suis 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 mon éventuelle rétractation.
  - En cas de rétractation :
    - si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours,
    - si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.
- ◆ **Le souscripteur/adhérent**
  - **Déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions et au déclaratif de santé s'il y a lieu et reconnaît savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part pourra entraîner les sanctions prévues aux articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances,**
  - **Déclare avoir reçu un exemplaire des dispositions générales et en avoir pris connaissance.**

Loi du 06/01/1978 modifiée : le responsable du traitement de vos données personnelles est la Direction des Services Clients SwissLife Prévoyance et Santé : 60, boulevard de la Liberté - 59717 Lille Cedex 9, auprès de laquelle vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification. Ces données seront utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents sur les produits du Groupe Swiss Life, destinataire, avec ses mandataires, de l'information. Pour ne pas être sollicité, nous vous invitons à nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précitée.

Fait à..... le .....  
Signature du souscripteur ou de l'adhérent  
précédée de la mention «Lu et approuvé»

La télétransmission des décomptes venant des caisses primaires d'assurance maladie ne peut concerner que les personnes bénéficiaires de l'assurance. Si le soussigné refuse le traitement automatique de ses prestations maladie avec les caisses primaires, nous le prions de bien vouloir recopier la mention suivante : « Je refuse le traitement automatique de mes prestations venant de ma caisse primaire d'assurance maladie » et de la signer.



**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](http://www.swisslife.fr)