

L'objet de vos garanties

L'objet de votre garantie (décrite dans le barème de prestations joint) est le remboursement de tout ou partie de soins médicaux, chirurgicaux et hospitaliers, en cas de maladie, accident ou maternité en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité sauf dispositions contraires figurant au barème des prestations. Les garanties proposées sont modulaires et déclinées en 3 profils : Adulte, Enfant et Senior. Elles sont composées de 3 axes de modularité « Hospitalisation/Soins courants », « Optique/Auditif », « Dentaire » déclinées en 4 niveaux de prestations et complétées de 2 renforts optionnels. Les renforts optionnels doivent être souscrits pour tous les bénéficiaires de garanties. Elles sont régies par le Code des assurances et répondent au dispositif du contrat responsable prévu par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et son décret d'application. Ainsi elles :

- respectent les obligations minimales de prise en charge des consultations et prescriptions du médecin traitant,
 - prennent en charge deux prestations de prévention mentionnées dans vos Dispositions Particulières (ou certificat d'adhésion),
 - ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non respect du parcours de soins ou de refus d'accès au dossier médical,
 - ne prennent pas en charge la participation forfaitaire et les franchises prévues aux paragraphes II et III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret. »
- Pour les travailleurs non salariés non agricoles souhaitant bénéficier des dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts (loi Madelin), les garanties sont accordées dans le cadre d'une adhésion aux contrats collectifs n° 01 (garanties éligibles au dispositif Madelin) et 02 (garanties non éligibles au dispositif Madelin) souscrits par l'Association de Prévoyance Santé (ADPS) auprès d'Allianz IARD. **Le contrat est établi en tenant compte de vos déclarations. Toute omission ou inexactitude dans celles-ci à la souscription ou en cours de vie du contrat entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.**

Les personnes concernées

Peuvent souscrire les garanties, les personnes résidant en France métropolitaine et affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale français. Les travailleurs non salariés non agricoles souhaitant adhérer aux contrats collectifs n° 01 et 02 doivent en outre être membre d'une Association de Prévoyance Santé et être à jour du paiement de leurs cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Les assurés, bénéficiaires de la garantie sont les personnes nominativement désignées au contrat.

L'étendue territoriale

Vous êtes garanti pour des soins reçus en France métropolitaine. Hors du territoire métropolitain, il faut que le régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité continue à vous prendre en charge pendant votre séjour. En cas d'hospitalisation, les prestations sont alors réglées sur la base du taux de remboursement prévu pour un établissement non conventionné.

Date d'effet de vos garanties

Sous réserve du paiement de la cotisation et des limitations de garanties à la souscription, votre garantie prend effet à la date mentionnée sur vos Dispositions Particulières (ou votre certificat d'adhésion aux contrats collectifs) pour une durée d'un an et est renouvelée par tacite reconduction à chaque échéance principale.

Evolution de vos garanties et cotisations

- Votre cotisation évolue selon des critères contractuels (âge, indexation) dont la date d'effet est l'échéance principale.
- Les cotisations pourront être modifiées en fonction des résultats techniques. De plus, afin de prendre en compte les évolutions législatives et réglementaires, les garanties et/ou les cotisations peuvent faire l'objet d'une modification. Ces modifications vous seront notifiées et, en cas de désaccord, vous avez la possibilité de demander la résiliation de votre contrat dans le délai et les conditions indiqués dans la notification.
- Toute taxe (ou modification de taxe) devenant applicable au contrat sera automatiquement répercutée sur les cotisations d'assurance à la date de son entrée en vigueur.

La modification et la résiliation de vos garanties

Vous avez la possibilité de nous demander la modification de vos garanties et/ou des assurés dans le respect des conditions d'âge prévues pour chaque profil (17 ans inclus pour le profil Enfant, 59 ans ou 64 inclus pour le profil Adulte et 80 ans inclus pour le profil Senior). La date d'effet du changement de garantie se fait à la date souhaitée sous réserve que le contrat ait au moins un an et que l'intervalle entre deux changements de garantie sur le contrat soit d'une année minimum. Ces évolutions entraînent la modification de la cotisation.

Les garanties cessent : - sur demande de votre part par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la compagnie deux mois avant la date de votre échéance principale,

- en cas de non paiement des cotisations selon les modalités décrites ci-après,
- en cas de modification à notre initiative non acceptée par vous.

La radiation de l'association ADPS met fin à l'adhésion aux contrats collectifs. Toutes les garanties peuvent se poursuivre dans le cadre d'un contrat individuel. Dans ce cas, l'assuré ne peut plus bénéficier des dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts.

En cas de résiliation, vous recevez des prestations pour les soins effectués avant la résiliation de votre garantie, même si la demande de remboursement est effectuée après la résiliation. Les soins effectués après la résiliation de votre garantie y compris ceux liés à une hospitalisation ayant débutée avant la résiliation ne sont pas pris en charge.

Les modalités de paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation indiquée dans votre contrat est annuelle et payable à l'avance. Cependant, vous pouvez bénéficier d'un paiement fractionné de cette cotisation. Le règlement s'effectue au plus tard dans les dix jours suivant la ou les échéances indiquées dans vos Dispositions Particulières (ou votre certificat d'adhésion aux contrats collectifs). A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans ce délai, vos garanties sont suspendues trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure (article L 113-3 du Code des assurances). Le contrat non résilié reprend ses effets, pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où la cotisation ou fraction de la cotisation a été réglée. Cette suspension de garantie nous autorise à résilier votre contrat dix jours après le début de la suspension si, dans ce délai, la cotisation due n'a toujours pas été payée.

Vos demandes de remboursement

Pour les soins remboursés par votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, vous devez nous adresser dans les meilleurs délais l'original des décomptes de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité si votre caisse du régime obligatoire ne nous les télétransmet pas, et les factures détaillées pour nous permettre de connaître le montant des frais engagés le cas échéant. Pour les soins prescrits et non remboursés par votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, vous devez nous adresser dans les meilleurs délais l'original des factures détaillées et la prescription médicale. **A défaut de transmission des documents, les prestations ne pourront pas être versées.**

Conformément à l'Article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement en vous adressant à l'organisme de votre choix.

En cas de désaccord

En cas de désaccord sur un refus de remboursement, vous avez la possibilité de demander une expertise amiable dans les 2 mois qui suivent le refus d'indemnisation, auprès d'un médecin expert choisi et rémunéré par vous et nous, ou à vos frais auprès d'un médecin de votre choix.

Les autres voies de réclamation possibles : vous avez la possibilité d'adresser une réclamation à votre interlocuteur habituel. Si au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas à votre demande, vous pouvez adresser votre réclamation à : Allianz IARD - Médiation Assurances de Personnes - case courrier 1304 - Tour Neptune - 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex. Enfin, en cas de désaccord définitif entre nous, vous aurez la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont les coordonnées vous seront fournies sur simple demande, ce sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Limitations de garanties

A la souscription du contrat :

- **en cas d'hospitalisation dans un service psychiatrique (Tous Profils)**, pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie, la prise en charge du poste Hospitalisation est limitée à 90 jours par année d'assurance et à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sans prise en charge de la chambre particulière. Après 6 mois, les limitations indiquées à l'alinéa « Durant toute la vie du contrat » s'appliquent,
- **pour toute autre hospitalisation**, pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie :
 - si **souscription d'une garantie avec option Sérénité Profils Adulte ou Enfant** : le niveau de remboursement du poste Hospitalisation est limité à 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Pendant ce délai, le remboursement de la chambre particulière ne peut être pris en charge au delà de 80 euros par jour.
 - si **souscription de l'option Sérénité Profil Senior** : le niveau de remboursement est limité à 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Pendant ce délai, le remboursement de la chambre particulière ne peut être pris en charge au delà de 50 euros par jour.

Les hospitalisations consécutives à un accident sont remboursées conformément à l'option de garantie choisie dès la date d'effet du contrat.

Durant toute la vie du contrat :

- les séjours effectués dans des établissements, maisons, centres ou unités de moyen séjour sont pris en charge pour une durée limitée à 90 jours par année d'assurance et par assurée, à condition qu'ils fassent suite à un séjour dans un établissement hospitalier,
- en cas de séjours effectués dans des établissements faisant partie des catégories dénommées au Fichier National des Etablissements Sanitaires : centres hospitaliers spécialisés dans la lutte des maladies mentales, centre de postcure pour malades mentaux, maisons de santé pour maladies mentales, centres de crise ou d'accueil permanent, **et ne participant pas au service public hospitalier**, la prise en charge est limitée à 90 jours par année d'assurance, à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sans prise en charge de la chambre particulière,
- en cas de séjours effectués dans des établissements faisant partie des catégories dénommées au Fichier National des Etablissements Sanitaires : centres hospitaliers spécialisés dans la lutte des maladies mentales, centre de postcure pour malades mentaux, maisons de santé pour maladies mentales, centres de crise ou d'accueil permanent, **et participant au service public hospitalier**, la prise en charge est limitée à 90 jours calculée par année d'assurance.

Exclusions de garanties

Sont exclues des garanties les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :

- dans des établissements ne relevant pas de la Loi Hospitalière tels qu'identifiés au Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS),
- dans les établissements relevant de la Loi Hospitalière et faisant partie des catégories d'établissements dénommés :
Etablissement de Soins de Longue Durée, centre Médico-pédagogique, maison d'enfants à caractère sanitaire permanents ou temporaires, atelier thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, service médico-psychologique régional, centre postcures pour alcooliques,
- pour des cures à l'exception des cures thermales.

Prescription

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L 114-1 du Code des assurances : 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, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

- Article L 114-2 du Code des assurances : 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 L 114-3 du Code des assurances : 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.

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de notre société est : « l'Autorité de contrôle prudentiel », 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

Vos services associés

Allianz Assistance : Profil enfant : garde de votre enfant pendant 2 jours s'il est hospitalisé plus de 2 jours ou immobilisé plus de 5 jours, aide pédagogique en cas d'absence scolaire de plus de 10 jours à l'école pendant 1 trimestre maximum / **Profil Adulte** : 9 h d'aide ménagère en cas d'hospitalisation de plus de 2 jours, garde de vos enfants pendant 2 jours si vous êtes hospitalisé / **Profil Senior** : 9 h d'aide ménagère en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours. Les autres services d'assistance sont précisés dans les dispositions générales de votre contrat remises au moment de votre souscription.

Allianz Santé Service : Sur simple appel de votre part, du lundi au vendredi de 9 h 00 à 19 h 30 et le samedi de 9 h 00 à 17 h 00 au N° 0970 809 815 (appel non surtaxé), analyse et avis tarifaire sur les devis optique, dentaire et audioprothèse, accès aux réseaux de professionnels de santé partenaires : opticiens, dentistes, audioprothésistes / Tiers payant optique, dentaire, audioprothèses dans le réseau.

Le tiers Payant (pour les postes couverts par la garantie) : hospitalier, pharmacie, laboratoires, radiologie, auxiliaires médicaux.

Objet de la garantie

L'objet de la garantie est de percevoir lorsque vous êtes hospitalisé, une allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation. Pour les travailleurs non salariés non agricoles souhaitant bénéficier des dispositions de l'article 154 bis du Code général des Impôts (loi Madelin), les garanties sont accordées dans le cadre d'une adhésion aux contrats collectifs souscrits par l'Association de Prévoyance Santé (ADPS) auprès d'Allianz IARD. Le contrat est établi en tenant compte de vos déclarations. **Toute omission ou inexactitude dans celles-ci à la souscription ou en cours de vie du contrat entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.**

Les personnes concernées

Toute personne résidant en France Métropolitaine peut souscrire une garantie hospitalière « Classic » ou « Plus ».

Date d'effet de vos garanties

Sous réserve du paiement de la cotisation et des délais d'attente, votre garantie prend effet à la date mentionnée sur vos Dispositions Particulières (ou votre certificat d'adhésion aux contrats collectifs) pour une durée d'un an et est renouvelée par tacite reconduction à chaque échéance principale.

Délais d'attente

Seule l'hospitalisation débutant après les délais d'attente est indemnisée. Ces délais sont fixés à 6 mois en maladie ou maternité, 12 mois en psychiatrie. Il n'y a aucun délai en accident ou en cas de maladie infectieuse.

Evolution de vos garanties et cotisations

Votre cotisation évolue selon des critères contractuels (âge, indexation) dont la date d'effet est l'échéance principale. Les cotisations pourront être modifiées en fonction des résultats techniques. De plus, afin de prendre en compte les évolutions législatives et réglementaires, les garanties et/ou les cotisations peuvent faire l'objet d'une modification. Ces modifications vous seront notifiées et, en cas de désaccord, vous avez la possibilité de demander la résiliation de votre contrat dans le délai et les conditions indiqués dans la notification.

La modification et la résiliation de vos garanties

Vous avez la possibilité de nous demander la modification de vos garanties et/ou des assurés dans le respect des conditions d'âge prévues. L'augmentation ou la diminution de vos garanties ne peuvent intervenir qu'après la première année d'assurance. Ces évolutions entraînent la modification de la cotisation. Les garanties cessent :

- sur demande de votre part par lettre recommandée avec accusé de réception adressé à la compagnie deux mois avant la date de votre échéance principale,
- en cas de non paiement des cotisations selon les modalités décrites ci-après,
- en cas de modification à notre initiative non acceptée par vous,
- lorsque vous atteignez l'âge de 75 ans.

La radiation de l'association ADPS met fin à l'adhésion aux contrats collectifs. Toutes les garanties peuvent se poursuivre dans le cadre d'un contrat individuel. Dans ce cas, l'assuré ne peut plus bénéficier des dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts.

Calcul de la prestation

L'indemnité est égale au montant souscrit et revalorisé chaque année d'un taux fixé contractuellement.

Si vous avez souscrit une **GH Plus** : le montant de votre indemnité est doublé dans l'un des cas suivants :

- hospitalisation à plus de 300 kilomètres de votre domicile (adresse précisée contractuellement),
- hospitalisation simultanée de 2 personnes assurées bénéficiant de la Garantie Hospitalière « Plus » au sein du même contrat,
- hospitalisation suite à une agression (voir définition dans vos Dispositions Générales).

Si plusieurs de ces événements surviennent en même temps, il n'y a pas cumul d'indemnité, l'allocation forfaitaire est simplement doublée.

Début et durée maximale de l'indemnisation

Seuls les séjours dans un établissement hospitalier ou les hospitalisations à domicile donnent droit au versement de l'allocation dès le 1^{er} jour, à condition qu'ils comprennent chacun au moins deux nuits. Vous recevez l'allocation jusqu'à la fin de votre hospitalisation. Le versement de l'allocation cesse néanmoins avant cette date dans les cas suivants :

la durée maximale de versement : le nombre de journées d'hospitalisation indemnisées est limité à :

- 730 jours par hospitalisation, dans le cas général,
- 100 jours par année d'assurance pour les hospitalisations dans un service psychiatrique ou neuro-psychiatrique d'un hôpital public ou participant au service public hospitalier,
- 90 jours en cas d'hospitalisation en moyen séjour.

GH Plus : en cas d'hospitalisation de plus de 30 jours consécutifs indemnisés, une allocation supplémentaire, appelée « indemnité de convalescence », vous est versée lors de votre sortie de l'hôpital. Le montant de cette indemnité est égal à 10 jours d'allocations forfaitaires non doublées, à la date de votre sortie de l'hôpital. A compter du versement de l'indemnité de convalescence, s'ouvre une période de 2 ans au cours de laquelle vous ne pouvez pas prétendre au versement de cette indemnité de convalescence.

Les modalités de paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation indiquée dans votre contrat est annuelle et payable à l'avance. Cependant, vous pouvez bénéficier d'un paiement fractionné de cette cotisation.

Le règlement s'effectue au plus tard dans les dix jours suivant la ou les échéances indiquées dans vos Dispositions Particulières (ou votre certificat d'adhésion aux contrats collectifs). A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans ce délai, vos garanties sont suspendues trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure (article L 113-3 du Code des assurances). Le contrat non résilié reprend ses effets, pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où la cotisation ou fraction de la cotisation a été réglée. Cette suspension de garantie nous autorise à résilier votre contrat dix jours après le début de la suspension si, dans ce délai, la cotisation due n'a toujours pas été payée.

Exclusions

Ne donnent pas droit au versement de l'allocation forfaitaire :

- les hospitalisations de jour,
- les séjours effectués :
 - dans des établissements ne relevant pas de la Loi Hospitalière tels qu'identifiés au Fichier National des Etablissements sanitaires et Sociaux (FINESS),
 - dans les établissements relevant de la Loi Hospitalière et faisant partie des catégories d'établissements dénommés : établissements de soins de longue durée, centre médico-pédagogique, maisons d'enfants à caractère sanitaire permanent ou temporaire, ateliers thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, service médico-psychologique régional, centres postcures pour alcooliques,
 - pour des cures à l'exception des cures thermales,
- les événements résultant de traitements ou interventions chirurgicales, à but esthétique, d'un fait intentionnel de l'assuré, d'un phénomène atomique, d'un accident de sport aérien (à l'exception du parachutisme) : ULM, deltaplane, parapente, vol à voile, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de record, vols sur prototype, vols d'essais, saut à l'élastique, d'un accident de sport à titre professionnel, de la participation à une compétition (ou à ses essais) comportant l'utilisation d'un véhicule à moteur, d'une guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'un mouvement populaire, d'une rixe auxquels l'assuré prend une part active, d'un cataclysme naturel, d'un accident alors que vous étiez sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par la présence d'un taux d'alcool supérieur au taux légal.

En cas de désaccord

En cas de désaccord sur un refus d'indemnisation, vous avez la possibilité de demander une expertise amiable dans les 2 mois qui suivent le refus d'indemnisation, auprès d'un médecin expert choisi et rémunéré par vous et nous, ou à vos frais auprès d'un médecin de votre choix. **Les autres voies de réclamation possibles** : vous avez la possibilité d'adresser une réclamation à votre interlocuteur habituel. Si au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas à votre demande, vous pouvez adresser votre réclamation à : Allianz IARD - Médiation Assurances de Personnes - case courrier 1304 - Tour Neptune -20 place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex. Enfin, en cas de désaccord définitif entre nous, vous aurez la faculté de faire appel au Médiateur de la FFSA dont les coordonnées vous seront fournies sur simple demande, ce sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Prescription

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L 114-1 du Code des assurances : 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, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

- Article L 114-2 du Code des assurances : 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 L 114-3 du Code des assurances : 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.

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de notre société est : « l'Autorité de contrôle prudentiel », 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.