

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA PREVOYANCE

Produit : FRAIS DE SANTE des Fleuristes, de la Vente et des Services des animaux familiaux

KLESIA
Prévoyance

Ce document d'information présente un résumé des informations clés du contrat Frais de santé des Fleuristes, de la Vente et des services des animaux familiaux. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans les Conditions générales, la Notice d'information et le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat FRAIS DE SANTE des Fleuristes, de la Vente et des Services des animaux familiaux a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de soins de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements de la Sécurité sociale.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds [et peuvent varier en fonction du niveau de garantie choisi]. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties.

✓ SOINS COURANTS

- Consultations et visites de médecins
- Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux
- Auxiliaires médicaux
- Actes d'imagerie
- Analyses et examens de laboratoires
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale
- Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale

✓ HOSPITALISATION

- Honoraires
- Forfait journalier hospitalier
- Frais de séjour
- Chambre particulière (hors maternité)
- Frais d'accompagnant par jour moins de 16 ans
- Forfait actes lourds

✓ DENTAIRE

- Equipement « 100 % Santé »
- Soins dentaires
- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

✓ OPTIQUE

- Equipement « 100 % Santé »
- Verres
- Monture
- Prestation d'adaptation
- Lentilles correctrices

✓ AIDE AUDITIVE

- Equipement « 100 % Santé »
- Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale
- Petits accessoires auditifs (piles, ...)

✓ PREVENTION et MEDECINE DOUCE

- Forfait vaccins prescrit, podologie, produits dermatologiques

✓ DIVERS

- Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale
- Autres soins et traitements (Indemnités kilométriques, indemnités de déplacement)

Selon l'option surcomplémentaire choisie :

Forfait vaccins non remboursés par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire ; Actes prothétiques non remboursés par la Sécurité sociale ; Implantologie ; Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale ; Chirurgie réfractive ; Forfait global de médecine douce (homéopathie, ostéopathie, ...) ; Sevrage tabagique ; Forfait naissance et adoption



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat FRAIS DE SANTE des Fleuristes, de la Vente et des Services des animaux familiaux ne rembourse pas :

- ✗ Les soins non prévus dans le tableau des prestations
- ✗ Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (sauf stipulations contraires)



Y a-t-il des restrictions de garanties ?

Les principales exclusions de votre contrat :

Exclusions « contrats responsables » :

- ! Participation forfaitaire de 1€ sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! Franchise de 0.50€ sur les boîtes de médicaments et actes d'auxiliaires médicaux ; franchise de 2€ sur les transports sanitaires
- ! Majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)

Exclusions autres :

- ! Les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale
- ! Toutes les dépenses supplémentaires non prises en charge par la Sécurité sociale liées aux frais médicaux, chirurgicaux, de séjour, de chambre particulière et de confort (télévision, téléphone, boissons, etc..) ainsi que les dépassements d'honoraires ;
- ! Les séjours en sanatorium, préventorium ou aérium, effectués dans un établissement non agréé par la Sécurité sociale ;
- ! Les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d'entretien ;
- ! Les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites ;
- ! Les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la Sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.



Dans quel pays suis-je couvert ?

La garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française.



Quelles sont mes obligations ?

▪ Lors de l'adhésion

L'entreprise doit entrer dans le champ d'application de la Convention collective nationale étendue des Fleuristes, de la Vente et des Services des animaux familiers ou avoir un lien direct avec la Branche et appliquer volontairement la Convention collective

L'entreprise doit adresser à l'organisme assureur les pièces suivantes :

- Un bulletin d'adhésion dûment signé par un représentant habilité ;
- Un état du personnel de la catégorie assurée.

▪ En cours de contrat,

L'Entreprise devra informer l'Assureur le cas échéant :

- De toute modification d'adresse, de raison sociale ou opération juridique (fusion, scission, location gérance...),
- De tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des garanties, notamment en cas de changement d'activité ou de dénonciation de l'application volontaire de la Convention collective, plaçant l'Adhérente en dehors du champ d'application de ladite convention collective.
- De tout mouvement de personnel en indiquant les noms, prénoms et numéros de Sécurité sociale des personnes concernées
- À la fin de chaque année civile, l'Entreprise Adhérente transmet à l'Institution un état récapitulatif du personnel assuré, précisant les mouvements intervenus, leur date et leur motif, ainsi que le relevé des salaires retenus chaque année pour le calcul de l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale.

Il appartient à l'Entreprise Adhérente de remettre à chaque Participant le bulletin individuel d'affiliation, la notice d'information et de l'informer, le cas échéant, des modifications apportées à ses droits et obligations en cours de contrat.

En outre, chaque membre participant est tenu, pour bénéficier des prestations définies au contrat, de fournir à l'organisme assureur ou gestionnaire toute déclaration et justificatifs nécessaires, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et son paiement est fractionné trimestriellement à terme échu. La date d'exigibilité est fixée au premier jour du trimestre civil suivant la période couverte. Le paiement doit être effectué dans les trente jours suivant cette date.



A quel moment le contrat commence-t-il et à quel moment prend-il fin ?

La date d'effet de l'adhésion au contrat d'assurance collective est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque exercice.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhésion au contrat d'assurance collective de Frais de santé peut être résiliée avec effet au 31 décembre de chaque exercice par l'Entreprise Adhérente ou l'Institution, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de deux mois.