

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions des Conditions générales et Notice d'information. 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 ?

Ce contrat 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 (SS).



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 techniques médicaux ; Auxiliaires médicaux ; Analyse et examens de laboratoire ; Médicaments remboursés par la SS à 30 et 65% ; Grand appareillage pris en charge par la SS ; Petit appareillage pris en charge par la SS ; Frais de transport

✓ HOSPITALISATION

Honoraires (y compris maternité) ; Forfait journalier hospitalier ; Frais de séjour ; Participation forfaitaire actes lourds ; Chambre particulière (y compris maternité) ; Lit d'accompagnement

✓ OPTIQUE

Équipement " 100% santé " ; Verres + Monture ; Frais d'adaptation ; Lentilles prises en charge par la SS ; Chirurgie réfractive

✓ DENTAIRE

Soins dentaires ; Soins et prothèses " 100% santé " ; Prothèses dentaires ; Orthodontie ; Parodontologie non prise en charge par la SS ; Implantologie

✓ AIDES AUDITIVES

Équipement " 100% santé " ; Appareil auditif/oreille ; Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS

✓ PREVENTION

Forfait global de prévention (ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue)

✓ DIVERS

Contraception prescrite et non prise en charge par la SS

Selon la garantie choisie :

Médicaments remboursés par la SS à 15% ; Allocation maternité par enfant



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Ce contrat ne rembourse pas :

- ✗ les soins non prévus dans le tableau des prestations



Y a-t-il des restrictions de garanties ?

Les principales exclusions de votre contrat :

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- ! Les exclusions communément liées au contrat responsable
- ! Les frais non remboursés par la sécurité sociale, tels que certaines prothèses dentaires provisoires, les soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties),
- ! Les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part et, d'autre part, la date d'entrée du membre participant dans le groupe assuré (embauche – promotion) et la date de sortie (démission, licenciement ou fin de portabilité des droits) ; la date des soins figurant sur le décompte de la sécurité sociale étant seule prise en considération.
- ! Dans le cadre de l'hospitalisation et de l'allocation maternité sont exclus les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier ainsi que toute dépense à caractère somptuaire comme la mise à disposition d'un espace de vie confortable et spacieux, sauf si la prestation est expressément prévue au tableau de garanties.

Sont aussi exclus, mais uniquement dans le cadre de l'hospitalisation :

- ! Les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie,
- ! Les frais d'hébergement résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité sociale.



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 CCN de la branche des Commerces de détail non alimentaires (IDCC 1517)

Lors de l'adhésion au contrat, l'Entreprise doit fournir à l'Institution :

- le bulletin d'adhésion frais de santé dûment signé(e) par un représentant habilité ;
- la liste de l'ensemble du personnel bénéficiaire du contrat (nom et prénom, date et lieu de naissance, adresse, situation familiale) ;
- la liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue par l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien pour chacun des anciens salariés..

▪ En cours de contrat,

L'Entreprise devra le cas échéant :

- informer l'Institution au plus tard à chaque échéance de cotisations, de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...) ;
- déclarer à l'Institution tout salarié qui entre dans la catégorie de salariés assurés et transmettre trimestriellement à l'Institution l'effectif de la catégorie bénéficiaire sur le trimestre ;
- déclarer à l'Institution tout salarié qui quitte l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie de salariés assurée, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours qui suivent le départ de l'entreprise ou le changement de catégorie professionnelle ;
- déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation.

L'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant une copie de la notice d'information qui lui a été transmise par l'Institution. Il doit également porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties souscrites.

Lorsque l'Entreprise choisit de signer son bulletin d'adhésion sous format électronique, elle a au préalable :

- communiqué son adresse de courrier électronique valide et un numéro de téléphone mobile qui lui permet de manifester son consentement à la conclusion du contrat dans les conditions et limites définies par celui-ci,
- pris connaissance de tous les documents mis à disposition avec le bulletin d'adhésion (documents d'informations sur le produit d'assurance),
- rempli avec exactitude et sans omission le bulletin d'adhésion.

La signature électronique du bulletin d'adhésion s'effectue sur un espace internet dédié et sécurisé afin de garantir la confidentialité des données.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations doivent être payées dans les 10 jours de leur échéance.

Contrat collectif obligatoire : Paiement mensuel des primes par virement ou prélèvement ou au moyen de la DSN.

Contrat individuel (suite du contrat collectif ou ayants droit ou facultatif) : Paiement d'avance des primes selon une périodicité mensuelle ou trimestrielle choisie par les individus et un mode de règlement privilégiant le prélèvement automatique.

L'adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des participants.



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

Le contrat prend effet à la date prévue au certificat d'adhésion et expire le 31 décembre suivant.

Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre partie notifiée.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise peut résilier le contrat frais de santé par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution
- Acte extrajudiciaire
- Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- À l'échéance du contrat, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, à tout moment. La résiliation sera effective un mois après que l'Institution en a reçu notification par l'adhérent.
- En cas de refus de la modification du contrat par l'Institution (révision des cotisations ou réduction des garanties), dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

Le contrat Frais de santé obligatoire est co-assuré par KLESIA Prévoyance, Malakoff Médéric Prévoyance, et Apicil Prévoyance.

KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la sécurité sociale, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris-

Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé au 21, rue Lafitte 75317 Paris

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38, rue François Peissel 69300 Caluire et Cuir