

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA Prévoyance

Produit : FRAIS DE SANTÉ CCN DES VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX ET LIQUEURS DE FRANCE

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.



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.

✓ ACTES MEDICAUX

- Consultations et visites de médecins
- Analyses et examens de laboratoire
- Actes techniques d'imagerie médicales
- Honoraires médecins radiologues
- Auxiliaires médicaux
- Actes de spécialistes

✓ HOSPITALISATION

- Frais de séjour
- Honoraires
- Soins post-opératoires
- Forfait journalier hospitalier
- Chambre particulière
- Lit d'accompagnant (- de 16 ans)
- Transport en ambulance

✓ GARANTIES COMPLEMENTAIRES

- Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale
- Frais pharmaceutiques
- Forfait "médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale"
- Vaccins
- Allocation maternité
- Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale
- Ostéodensitométrie
- Forfait global médecine douce (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie)

✓ DENTAIRE

- Equipement « 100 % Santé »
- Soins dentaires
- Prothèse dentaire
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale

✓ OPTIQUE

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

✓ AUDIOLOGIE

- Equipement « 100 % Santé »
- Prothèse auditive

Selon la garantie choisie :

Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ;
Implantologie ; Autres actes dentaires



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 :

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 actes hors nomenclature ;
- ! Les frais non remboursés par la Sécurité sociale ;
- ! Les frais dont l'interdiction de prise en charge est prévue dans le cadre du respect du cahier des charges des contrats responsables ;
- ! Les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- ! Le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux.



Dans quel pays suis-je couvert ?

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites indiquées au tableau de prestations. Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.



Quelles sont mes obligations ?

▪ Lors de l'adhésion

L'Entreprise doit entrer dans le champ d'application de la Convention collective nationale des vins, cidres, jus de fruits, sirops, spiritueux et liqueurs de France 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 ;
- la liste de l'ensemble du personnel assuré par le contrat (nom et prénom, date de naissance, adresse, numéro de Sécurité sociale, salaire brut annuel, 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,

En application de l'article L.133-5-2 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente doit utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour transmettre mensuellement à l'Institution toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail ...) ainsi que, le cas échéant, le salaire brut de chaque assuré affilié au contrat, si les cotisations sont assises sur la rémunération.

L'Adhérente doit informer l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...), au plus tard à chaque échéance de cotisations.

Il appartient à l'Entreprise 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'admission. 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'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'organisme assureur
- 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.