

Assureur : KLESIA Prévoyance

Produit : CONSEIL & SERVICES - Santé

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 ?

Le contrat Conseil & Services-Santé 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 de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux ; Auxiliaires médicaux ; Actes d'imagerie ; Analyse et examens de laboratoire ; Médicaments remboursés par la SS ; Matériel médical inscrit à la LPP

✓ HOSPITALISATION

Honoraires chirurgicaux - Actes de chirurgie ; Participation forfaitaire sur les actes techniques lourds ; Forfait journalier hospitalier ; Frais de séjour ; Chambre particulière ; Frais d'accompagnement

✓ OPTIQUE

Équipement " 100% santé " ; Verres ; Monture ; Prestation d'adaptation ; Lentilles de contact ; Chirurgie réfractive

✓ DENTAIRE

Soins dentaires ; Soins et prothèses " 100% santé " ; Prothèses dentaires ; Orthodontie remboursée par la SS

✓ AIDES AUDITIVES

Équipement " 100% santé " ; Aide auditive de classe II – Prix libres ; Petits accessoires auditifs (piles, ...)

✓ PREVENTION

Forfait global prévention : Tests de dépistage ; Test de dépistage du cancer du sein remboursé par la SS ; Vaccins antigrippaux ; Forfait global vaccins ; Sevrage tabagique

✓ DIVERS

Forfait maternité / adoption par enfant ; Frais de transport remboursés par la SS

✓ SERVICES

Assistance ; Réseaux de soins ; 2^{ème} avis médical ; Téléconsultation médicale

Selon la garantie choisie :

Parodontologie ; Implantologie ; Orthodontie non remboursée par la SS ; Cure thermale prise en charge la SS ; Forfait médecines douces non remboursées par la SS ; Pilules et patchs contraceptifs (prescrits et non remboursés par la SS) dont traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs ; Procréation médicale assistée / Fécondation in vitro



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat CONSEIL & SERVICES - Santé 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 :

Sauf dispositions spécifiques prévues au tableau des prestations, ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement par l'Institution :

- ! 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 ?

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

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

- La liste de l'ensemble du personnel couvert par le présent contrat (nom et prénom, date 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.

▪ En cours de contrat,

L'Entreprise devra informer l'Assureur 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 ;
- 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, il 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 ?

La cotisation est calculée annuellement et réglée trimestriellement à terme échu.



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'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.