

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

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 ?

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 les tableaux des garanties.

✓ SOINS COURANTS

Consultations et visites de médecins ; Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux ; Auxiliaires médicaux ; Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale ; 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 ; Frais d'accompagnant par jour moins de 16 ans ; Forfait actes lourds et Forfait Patient Urgence

✓ DENTAIRE

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

✓ OPTIQUE

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

✓ AIDE AUDITIVE

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

✓ PREVENTION et MEDECINE DOUCE

Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale (Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Hypnose, Ostéopathie, Sophrologie) ; Forfait : vaccins prescrits, podologie, produits dermatologiques ; Pilule contraceptive prescrite et non remboursée par la SS ; Sevrage tabagique

✓ DIVERS

Forfait maternité – adoption ; Psychologie et psychomotricité ; Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale

✓ ASSISTANCE



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Ce contrat 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 sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! Franchise sur les boîtes de médicaments et actes d'auxiliaires médicaux ; franchise 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 ;
- ! En cas d'hospitalisation, toutes les dépenses supplémentaires non prises en charge par la Sécurité sociale liées aux frais médicaux, chirurgicaux, de séjour et de confort (télévision, téléphone, boissons...) ;
- ! Les séjours en sanatorium, préventorium ou aérarium, 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

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

- la liste de l'ensemble du personnel bénéficiaire du 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 pour chacun des anciens salariés.

■ En cours de contrat,

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 salaire brut de chaque assuré affilié au contrat, si les cotisations sont assises sur la rémunération.

L'adhérent 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 ?

Les cotisations sont calculées et transmises mensuellement via la DSN et réglées au plus tard 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'Adhérente 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'Adhérente.
- 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.