Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA Prévoyance

Produit : Restauration Rapide 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 ?

Ce contrat complémentaire Frais de 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.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds. 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 généralistes ou spécialistes
- Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux
- Honoraires paramédicaux
- Actes d'imagerie (radiologie, échographie, …)
- Analyses et examens de laboratoire
- Médicaments
- Matériel médical « 100% santé »
  Matériel médical inscrit à la liste des produits de prestations (LPP)

✓ **HOSPITALISATION**
- Honoraires
- Forfait journalier hospitalier
- Frais de séjour
- Chambre particulière
- Frais d'accompagnant
- Forfait actes lourds et forfait patient urgences

✓ **DENTAIRE**
- Soins et prothèses "100 % santé"
- Soins dentaires
- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

✓ **OPTIQUE**
- Equipement "100 % santé"
- Monture et verres
- Lentilles

✓ **AIDES AUDITIVES**
- Equipement "100 % santé"
- Aide auditive de classe II remboursée par la Sécurité sociale
- Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la Sécurité sociale

✓ **MÉDECINE DOUCE ET PRÉVENTION**
- Médicaments prescrits non remboursées par la Sécurité sociale

✓ **DIVERS**
- Cures thermales remboursée par la Sécurité sociale
- Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale

Selon la garantie choisie :
Actes prothétiques dentaires non remboursés par la Sécurité sociale ; Parodontologie ; Implantologie ; Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale ; Chirurgie réfractive ; Médecine douce ; Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ; Sevrage tabagique ; Naissance/adoption, forfait ; Procréation médicale assistée/Fécondation in vitro non remboursée par la Sécurité sociale.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Ce contrat Frais de 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, 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 :

- Un bulletin d'adhésion dûment signé par un représentant habilité ;
- 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,**

En application de l'article L.133-5-2 du Code de la Sécurité sociale, l'adhérent 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'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.

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

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'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'Institution 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 proposée 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.