

Assurance Complémentaire santé collective



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Allianz Vie - Entreprise d'assurance immatriculée en France

Numéro d'agrément : 340234962

Produit : Police « Contrat collectif Responsable Santé »

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.



De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit Contrat collectif Responsable Santé est destiné à rembourser les frais de santé restant à la charge des salariés de l'entreprise souscriptrice et de leurs éventuels ayants droit après intervention de la Sécurité sociale. Il peut permettre aux salariés de compléter les garanties choisies par l'entreprise par des options. Ce contrat peut également proposer des services ou prestations d'assistance. Le produit respecte les conditions du Cahier des charges des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

Les garanties systématiquement prévues :

Remboursement total ou partiel, selon les cas, des dépenses de santé consécutives à une maladie, un accident ou une maternité, en complément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie :

- ✓ Hospitalisation (par exemple : frais liés aux séjours).
- ✓ Pharmacie.
- ✓ Soins courants (par exemple : consultations et auxiliaires médicaux, frais de transport, appareillages et vaccins).
- ✓ Optique (par exemple : monture, verres simples ou complexes).
- ✓ Dentaire (par exemple : soins dentaires, prothèses).
- ✓ Auditif (par exemple : prothèses).

Les garanties optionnelles :

Assurance Frais d'obsèques.

Forfaits Natalité.

Forfaits chambres particulières.

Les Médecines douces (diététiciens, ostéopathes...).

Les cures thermales (prise en charge des frais de transport, d'hébergement, de soins).

Les Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale.

Garanties au choix du salarié complétant les garanties systématiquement prévues.

Les services associés systématiquement prévus

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les partenaires Santéclair).
- ✓ Service d'analyse de devis.
- ✓ Guide de l'automédication.
- ✓ Application permettant de calculer le reste à charge sur le devis dentaire.

Assistance

Aide-ménagère en cas d'hospitalisation.

Rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident à l'étranger.

Mise en relation avec des prestataires de Services à la personne.

Les garanties et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet de la souscription.
- ✗ La participation forfaitaire de 1 euro et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ✗ La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraire si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ✗ Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ✗ Les dépenses de soins des établissements ou service aux personnes âgées qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendants (EHPAD).
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions :

- ! La participation forfaitaire de 1 euro et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraire si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

Principales restrictions :

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un assuré de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour celui de 16 ans et plus.
- ! **Auditif** : versement d'un forfait par oreille tous les 4 ans.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée au ticket modérateur et au forfait journalier pour les séjours dans les établissements médico-sociaux pris en charge par la Sécurité sociale.





Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties sont acquises aux Salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale exerçant leur activité dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen, et aux Salariés détachés pour mission hors des États composant l'Espace Économique Européen.
- ✓ Les frais exposés à l'étranger sont pris en charge comme s'ils avaient été dispensés en France métropolitaine. Leur prise en charge se fait, dans la limite des garanties correspondantes mentionnées dans les Dispositions particulières, de la façon suivante :
 - pour les soins habituellement remboursés par la Sécurité sociale (y compris le régime obligatoire étranger dans le cadre des accords établis entre les pays membres de l'Espace économique européen (EEE)), si et seulement si la Sécurité sociale continue de les prendre en charge pendant le séjour de l'assuré,
 - les soins courants non pris en charge habituellement par le régime obligatoire français (ex : implants, médecines douces...) sont systématiquement pris en charge, selon les garanties du contrat et sur présentation de justificatifs.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

A la souscription du contrat :

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Affilier à l'assurance, la totalité des membres présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel définie dans les dispositions particulières,
- Régler dans les quinze jours qui suivent l'expiration de chaque trimestre la cotisation, appelée sur la base du personnel assuré présent au cours du trimestre écoulé,
- Informer l'Assureur de la sortie de salariés de la catégorie de personnel à assurer, de la cessation du contrat de travail de salariés, de toute opération juridique modifiant la structure de l'Entreprise, dans un délai de 30 jours maximum,
- Remettre à chaque salarié le formulaire de demande individuelle d'affiliation, la Notice d'information,
- Informer par écrit les Salariés ainsi que les anciens salariés pour lesquels les garanties sont maintenues des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction ou suspension des garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'Adhésion.

En cas de sinistre :

La demande de remboursement doit parvenir à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance trimestriellement, à la date indiquée dans le contrat, auprès de l'assureur ou de son représentant dans les dix jours à compter de l'échéance.

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement ou chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Dispositions particulières pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'assuré ou l'assureur dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise peut mettre fin à son contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant une lettre recommandée, lettre simple ou e-mail à l'assureur ou à son représentant au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire,
- en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur en fonction des résultats techniques des contrats de même nature,
- à tout moment par lettre recommandée, lettre simple, e-mail ou tout autre support durable, à l'expiration d'un délai de 1 an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet 1 mois après que l'assureur en ait reçu notification.

