

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Malakoff Humanis Prévoyance Institution de prévoyance immatriculée en France et régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale

N° agrément ACPR : 3120012

Produit : CCN Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles



Ce document d'information non contractuel 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. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau des garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé « CCN Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles » est un contrat complémentaire collectif obligatoire souscrit par une entreprise relevant de la branche des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles (IDCC 1043) destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le contrat complémentaire santé respecte les conditions légales des contrats solidaires et 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 annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

Garanties systématiquement prévues

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitaliser, transport, forfait pour acte lourd, chambre particulière, lit d'accompagnant
- ✓ **Soins de ville** : consultations/consultations en ligne et visites généralistes, et spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses médicales, actes de biologie médicale, imagerie médicale, petite chirurgie, actes techniques médicaux, transport
- ✓ **Pharmacie** : pharmacie remboursée par la Sécurité sociale ; Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale ; Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale sur prescription médicale
- ✓ **Prothèses médicales** : appareillage (hors auditif)
- ✓ **Dentaire** : soins, Inlay/Onlay remboursé par la Sécurité sociale, prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale, prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale, orthodontie et parodontologie remboursées par la Sécurité sociale, implants
- ✓ **Optique** : verres et monture, lentilles correctives remboursées par la Sécurité sociale, lentilles correctives non remboursées par la Sécurité sociale, Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)
- ✓ **Aide auditive**
- ✓ **Médecine douce** : ostéopathie, chiropractie, acupuncture
- ✓ **Maternité/Adoption** : forfait naissance ou adoption plénière
- ✓ **Cure thermique**
- ✓ **Le tiers payant**
- ✓ **Prévention et services**

L'assistance : les garanties d'assistance sont assurées par AUXIA Assistance et définies aux conditions générales d'assistance



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)



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

Principales exclusions :

! Les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

Principales restrictions relatives au contrat responsable

! **La participation forfaitaire de 1 €** pour chaque consultation médicale ou tout acte de biologie médicale

! **La franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux

! **La franchise de 2 €** sur les transports sanitaires.

! **La minoration** en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).

! **La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire** et les ayants droits sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'accès au dossier médical

! **Optique** : prise en charge d'un équipement (verres et monture) tous les deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par l'évolution de la vue, réduite à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

! **Aide auditive** : prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les quatre ans dans la limite des plafonds fixés dans le tableau de garanties

! **Dépassements d'honoraires** : plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Autres restrictions :

! **Hospitalisation** : versement des frais de chambre particulière limité à 90 jours par an en psychiatrie

! **Hospitalisation** : lit d'accompagnant pour un enfant de moins de douze ans et limité à 90 jours par an en psychiatrie

! **Les dépassements d'honoraires non déclarés** à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements

! **Médecine douce** : remboursement limité à un forfait annuel en euros

! **Traitement anti tabac/Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale/ médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale** : remboursement limité à un forfait annuel en euros



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France
- ✓ À l'étranger (séjours temporaires, salariés détachés, résidents à l'étranger), dans la mesure où la Sécurité sociale française (hors CFE Caisse des Français de l'Étranger) ou le régime du pays d'accueil prend en charge les frais engagés. Le remboursement se fait alors sur la base de la Sécurité sociale française quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle :

A la souscription :

Le souscripteur doit :

- Transmettre la déclaration d'affiliation remplie avec exactitude et signée par les assurés, indiquant notamment les ayants droit susceptibles de bénéficier du contrat, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la Déclaration Sociale Nominative (DSN).
- Fournir à l'organisme assureur la liste des salariés membres de la catégorie assurée, appelés à bénéficier du contrat si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
- Déclarer chaque nouvelle affiliation dans un délai de 30 jours à l'organisme assureur
- S'engager à remettre à chaque assuré la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

En cours de contrat :

Le souscripteur doit :

- Transmettre à la fin des trois premiers trimestres le bordereau des cotisations sur lequel doit figurer le nom des affiliés entrés et sortis au cours du trimestre, ainsi que la modification de leur situation familiale, si celle-ci a changé, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN
- Régler les cotisations prévues au contrat.
- S'engager à porter à la connaissance de chacun des assurés couverts par le(les) contrat(s), par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant le supplément modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'organisme assureur.

Pour le versement des prestations :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations dans les délais prévus au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements

- La complémentaire santé est financée en partie par l'entreprise souscriptrice et le cas échéant pour partie par l'assuré.
- La cotisation, calculée annuellement, est payable trimestriellement à terme échu.
- Le règlement des cotisations s'effectue notamment par prélèvement automatique ou par la DSN



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début du contrat :

Le contrat prend effet à la date indiquée au sein du contrat d'adhésion et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Fin du contrat :

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année à partir du 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet, sauf résiliation demandée par l'organisme assureur dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture de l'assuré prend alors fin à la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le souscripteur peut résilier le contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L.932-21-3 du code de la sécurité sociale adressée deux (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre. Le souscripteur, peut, après expiration d'un délai d'un an, réilier le contrat sans frais ni pénalités. La résiliation du contrat prend effet à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification du souscripteur.

DIP-CCN Gardiens d'Immeubles-SANTE- décembre 2020