

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 des Géomètres Experts



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 des Géomètres Experts » est un contrat complémentaire collectif obligatoire, complété le cas échéant par un contrat surcomplémentaire collectif obligatoire ou facultatif, souscrit par une entreprise relevant de la Convention Collective Nationale des Cabinets ou Entreprises des Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts Fonciers, 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. Les contrats complémentaire et surcomplémentaire santé respectent 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** : frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale, chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale, lit d'accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale, participation forfaitaire sur les actes techniques, allocation maternité ou adoption plénière.

✓ **Dentaire** : soins, prothèses, implants (implant + pilier implantaire), orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale.

✓ **Optique** : verres et montures, lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale, chirurgie optique réfractive.

✓ **Aide auditive ou équipement** : appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale, accessoires et fournitures.

✓ **Soins courants** : consultation, visite, consultation en ligne chez un généraliste ou un spécialiste, actes techniques médicaux, participation forfaitaire sur les actes techniques, actes d'imagerie médicale, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, matériel médical, frais de transport sanitaire, cures thermales remboursées par la Sécurité sociale, médicaments, médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale, actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale.

✓ **Services** : tiers-payant.

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 (des) contrat(s).
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.



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 :

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

! **Hospitalisation** : versements des frais de chambre particulière et lit d'accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans limités à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie.

! **Médecine additionnelle et de prévention** : remboursement limité à un nombre annuel de séances.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France
- ✓ À l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français, et pour les séjours temporaires, salariés détachés, résidents à l'étranger, dans la mesure où la Sécurité sociale française ou le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil prend en charge les frais engagés. Le remboursement se fait en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat. Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle :

A la souscription :

Le souscripteur doit :

- Transmettre le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle remplis avec exactitude et signés par les assurés, indiquant notamment les ayants droit susceptibles de bénéficier du (des) contrat(s).
- Fournir à l'organisme assureur la liste des salariés membres de la catégorie assurée, appelés à bénéficier du (des) contrat(s).
- 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.
- Régler les cotisations prévues au(x) contrat(s).
- 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(x) contrat(s).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour le contrat complémentaire collectif obligatoire :

- La cotisation « salarié / enfant à charge » est en partie à la charge de l'entreprise souscriptrice. Calculée annuellement, elle est payable trimestriellement à terme échu par l'entreprise souscriptrice notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire ou par la Déclaration Sociale Nominative (DSN).
- La cotisation « conjoint » est intégralement à la charge de l'assuré et payable selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, notamment par prélèvement automatique de l'assuré.

Pour le contrat surcomplémentaire collectif : les cotisations viennent en complément de celles du contrat complémentaire collectif obligatoire.

- La cotisation « salarié / enfant à charge » est en partie à la charge de l'entreprise souscriptrice dans le cadre d'une adhésion obligatoire, ou intégralement à la charge de l'assuré dans le cadre d'une adhésion facultative. Calculée annuellement, elle est payable trimestriellement à terme échu par l'entreprise souscriptrice notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire ou par la DSN.
- La cotisation « conjoint » est intégralement à la charge de l'assuré et payable selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, notamment par prélèvement automatique de l'assuré.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour le contrat complémentaire collectif obligatoire :

Début du contrat :

Le contrat prend effet à la date indiquée au sein du contrat 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.

La résiliation du contrat surcomplémentaire collectif n'emporte pas la résiliation du contrat complémentaire collectif obligatoire.

Pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif ou obligatoire :

Début du contrat :

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif peut intervenir en même temps que la souscription du contrat complémentaire collectif obligatoire. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat complémentaire collectif obligatoire. En tout état de cause, le contrat prend effet à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Fin du contrat :

Le contrat surcomplémentaire collectif de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation demandée par l'organisme assureur dans les cas et conditions fixées au contrat.

Le contrat surcomplémentaire collectif est résilié de plein droit en cas de résiliation du contrat complémentaire collectif obligatoire.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Au plus tard au 31 octobre pour une cessation de contrat au 31 décembre de l'année, en adressant une lettre recommandée ou un recommandé électronique à l'organisme assureur.

CCN DES GEOMETRES EXPERTS - SANTE - IPID - MH-13341_2007