

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 DE LA BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVRETERIE ET ACTIVITÉS QUI S'Y ATTACHENT ET CCN DE L'HORLOGERIE



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 de DE LA BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVRETERIE ET ACTIVITÉS QUI S'Y ATTACHENT ET CCN DE L'HORLOGERIE » est un contrat complémentaire collectif obligatoire, complété par un contrat surcomplémentaire collectif, souscrits par une entreprise relevant des Conventions collectives nationales susvisées, destinés 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 collectif obligatoire et le contrat surcomplémentaire santé collectif 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 prévues :

- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations médecin, analyses et examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ Reste à charge zéro sur équipement 100 % santé (aides auditives, optique et dentaire).
- ✓ Aides auditives : équipement à tarif libre.
- ✓ Appareillage remboursé par la Sécurité sociale : prothèses et orthèses.
- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ Transport sanitaire.
- ✓ Optique : équipement à tarif libre (monture, verres), lentilles.
- ✓ Dentaire : soins et prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libres, orthodontie acceptée par la Sécurité sociale.
- ✓ Dépassement d'honoraires.
- ✓ Vaccins.
- ✓ Automédication.
- ✓ Chambre particulière, frais d'accompagnant, indemnité de naissance.
- ✓ Chirurgie /opération oculaire.
- ✓ Implant dentaire.
- ✓ Acupuncture, Ostéopathie, chiropractie.
- ✓ Cures thermales.

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 ?

- ✗ Soins reçus en dehors de la période de couverture.
- ✗ Soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).
- ✗ Indemnités versées en complément de l'Assurance maladie obligatoire en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Séjours en établissement de personnes âgées, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel et dans les services de longs séjours.
- ✗ Forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux.



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

Principales exclusions :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Autres exclusions

- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle. n'adhérant pas au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Autres restrictions :

- ! Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.
- ! Aides auditives : limité pour chaque oreille à une aide auditive par période de quatre ans.
- ! Optique : limité à un équipement optique tous les deux ans (sauf évolution de la vue ou pour les mineurs moins de 16 ans).
- ! Hospitalisation : limité en € et par jour pour la chambre particulière et les frais d'accompagnant
- ! Limite annuelle pour l'automédication, les lentilles, la chirurgie/opération oculaire et l'acupuncture, chiropracteur, ostéopathe.



Où suis-je couvert ?

- ✓ monde entier. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française et se fait sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle, tant que ces informations ne sont pas transmises et traitées par les flux de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) :

A la souscription :

- une demande d'Adhésion complétée, daté et signé par la personne dûment habilitée à représenter l'entreprise.
- un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié accompagné de toute autre pièce mentionnée dans ce document et adressé par le souscripteur à l'organisme assureur dans le mois de l'embauche.
- une liste, indiquant les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et domicile des Assurés, ainsi que la date d'embauche au sein de l'entreprise, ou une photocopie de la DADS ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés visés au contrat
- le souscripteur s'engage 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 :

- Déclarer à l'organisme assureur tout salarié qui, au cours du contrat, entre dans les effectifs de l'entreprise ou qui en sort.
- Régler les cotisations prévues au(x) contrat(s).
- S'engager à porter à la connaissance de chacun des assurés couverts par les contrats, 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 aux contrats.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour les cotisations du salarié au titre des contrats collectifs à adhésion obligatoire :

- L'entreprise assure le précompte des cotisations et est seule responsable du paiement en totalité des cotisations afférentes à leurs salariés, y compris des parts salariales précomptées sur le salaire des Assurés.
- Les cotisations, calculées annuellement, sont payables trimestriellement à terme échu, dans les 10 jours qui suivent l'échéance.
- Le règlement des cotisations s'effectue par l'entreprise souscriptrice, notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire ou par la DSN.

Pour les cotisations des ayants droit au titre des contrats et du salarié au titre du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative :

- La cotisation, calculée annuellement, est payable par l'assuré, dans les conditions définies sur bulletin individuel d'affiliation.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début du contrat :

Les contrats prennent effet à la date indiquée au sein du contrat d'adhésion ou des conditions particulières et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Fin du contrat :

Les contrats expirent le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Ils se renouvellent par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation demandée par l'organisme assureur dans les cas et conditions fixés aux contrats.

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

La résiliation du contrat complémentaire collectif obligatoire emporte la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le souscripteur peut résilier le contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à 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 cas échéant le cachet de la poste faisant foi). Le souscripteur peut, après expiration d'un délai d'un an, résilier 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.