

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 ?

Ce contrat est destiné aux entreprises souhaitant bénéficier d'une couverture en matière de prévoyance complémentaire lorsque les garanties sont mises en place dans le cadre d'un accord collectif, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur (art. L 911-1 du code de la sécurité sociale). Les montants de garanties sont définis en tenant compte des indemnités versées par le régime obligatoire. Ce contrat permet de bénéficier des avantages fiscaux de l'article 83 du CGI, mais également des exonérations sociales prévues à l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale.



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 votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait hospitalier, transport.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-cores (couronnes, bridges, appareils amovibles) remboursés par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles remboursées par la sécurité sociale.
- ✓ **Médecine – Pharmacie – Autres** : honoraires, hospitalisation à domicile, auxiliaires médicaux, laboratoires, pharmacie, prothèses et appareillage (audioprothèse, orthopédique, prothèse capillaire).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière
Frais d'accompagnement
Frais de télévision
Forfait en cas de maternité ou d'adoption
Implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie non remboursés par la Sécurité Sociale
Lentilles et chirurgie réfractive non remboursées par la sécurité sociale
Médecine douce
Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale
Module prévention : pharmacie non remboursée par la Sécurité Sociale, forfait prévention (dépenses de dépistage et de prévention)
Allocation obsèques

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins Carte Blanche : qualité des équipements et tarifs négociés chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes
- ✓ Espace clients My SwissLife pour le suivi des remboursements, avec services d'orientation vers les professionnels de santé, conseils sur la prévention et les services santé

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

Parmi les nombreux services en inclusion :

- ✓ aide-ménagère en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile
- ✓ rapatriement sanitaire en cas de décès à l'étranger
- ✓ garde des enfants en cas d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile ou pendant la grossesse

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Les événements suivants et leurs conséquences ne seront jamais garantis :

- ✗ le soins reçus et facturés en dehors de la période de validité du contrat



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Frais dentaires : il existe sur les niveaux de garantie les plus importants un plafond global annuel par an et par bénéficiaire (3 000 € maximum), sur les montants des prestations remboursées par la Sécurité sociale (inlays-onlays, protèses et inlay-cores) et non remboursés par la Sécurité Sociale (implantologie, prothèses, orthodontie et la parodontologie).
Au-delà du plafond, le remboursement s'effectuera à hauteur de 125 % des bases de remboursement.
- ! Frais optiques : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Médecine – Pharmacie – Autres : limitation à 5 séances par an et par bénéficiaire pour la médecine douce non remboursée par la Sécurité sociale.
- ! Module prévention : les dépenses de dépistage et de prévention du forfait prévention sont prise en charge à 50% de la dépense, limitée à 100 € ou 200 € par an et par bénéficiaire en fonction du niveau de garantie choisi.
- ! Allocation obsèques : le montant de l'allocation est plafonné à 3 500 €.

La liste complète des exclusions et limitations figure dans la documentation précontractuelle et contractuelle.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Sauf indication contraire mentionnée au certificat d'adhésion, les garanties sont acquises aux adhérents relevant du régime général de la Sécurité sociale exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace économique européen, ou détachés pour mission professionnelle hors des pays de l'Espace économique européen (à l'exclusion des Etats jugés comme dangereux par le ministère des Affaires Etrangères).
- ✓ Le règlement des prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'Etat français.



Quelles sont les obligations de l'entreprise ?

L'acceptation des garanties par l'assureur prend en considération les réponses aux différents questionnaires d'appréciation du risque.

Vous devez sous peine de nullité / déchéance des garanties :

Lors de la demande de souscription :

- Répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements formulés par l'assureur ;
- Déclarer les salariés qui se trouvent en arrêt de travail ;
- Déclarer les garanties de même nature que vous avez souscrites par votre entreprise auprès d'autres assureurs.

En cours de contrat, vous devez nous informer, en application de l'article L. 113-2 du Code des assurances, de tout changement de situation, et notamment :

- de l'intégration dans la catégorie de personnel assuré, des nouveaux entrants (changement de statut ou de classification professionnelle, embauche ultérieure, etc...), en adressant pour chacun d'eux le bulletin individuel d'adhésion correspondant ;
- des adhérents dont le contrat de travail a été suspendu qu'elles qu'en soient la cause et la durée ;
- des adhérents à radier lorsqu'ils ne font plus partie de la catégorie de personnel assuré en distinguant ceux qui remplissent les conditions pour bénéficier du maintien de garanties conformément à l'article 3.3.3 « La portabilité des garanties dans le cadre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ».

Au moment du sinistre :

- Procéder à sa déclaration dans les délais indiqués au contrat en y joignant les documents justificatifs.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables par trimestre civil à terme échu et dans les dix jours suivant la réception des appels de cotisations par l'entreprise. Elles sont payables par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les adhérents bénéficient des garanties :

- à compter de la date d'effet du contrat s'ils appartiennent à la catégorie de personnel à assurer ;
- à partir de la date à laquelle ils entrent dans la catégorie de personnel à assurer. Pour ce faire, ils doivent adresser un bulletin individuel d'adhésion dans les trente jours qui suivent la date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer. À défaut, la garantie prendra effet à compter du premier jour du mois qui suit la régularisation du bulletin individuel d'adhésion.

Les garanties cessent (hors cas de portabilité) :

- dès que l'adhérent cesse de faire partie de la catégorie de personnel à assurer définie aux dispositions particulières ;
- à la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise ou l'assureur ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l'adhérent (sauf cas de cumul emploi-retraite) ;
- à la date de rupture du contrat de travail de l'adhérent.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat dans les cas prévus par la réglementation, mais également :

- chaque année à l'échéance anniversaire moyennant un préavis de 2 mois ;
- après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation du contrat. ;
- en cas de révision des cotisations ou de modification du contrat suite à une évolution réglementaire.

Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.