

Assurance Santé des Dirigeants

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnies : SwissLife Prévoyance et Santé

Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances

Immatriculée sous le numéros 322 215 021 RCS Nanterre.



Produit : SwissLife Prévoyance Entreprises + Dirigeants (SLPE+ Dirigeants)

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. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Ce produit est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin (art. 154 bis CGI).



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 soins reçus 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, prothèses 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.

- ! **Aides auditives** : à compter du 1/1/2021, un équipement auditif par oreille par période de 4 ans à compter de la date de facturation dudit équipement.

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



Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation est acquise dans le monde entier pour les bénéficiaires, à partir du moment où le régime obligatoire intervient.
- ✓ Le règlement des prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'Etat français.



Quelles sont mes obligations ?

Vous devez sous peine de nullité / déchéance des garanties :

Lors de la demande d'adhésion :

- Répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements formulés par l'assureur ;
- Déclarer les garanties de même nature que vous avez souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

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

- Nous communiquer à chaque échéance trimestrielle, le bordereau d'appel de cotisations sur lequel est indiqué : la cotisation appliquée en fonction de la situation de famille, la période de garantie pour chaque adhérent ainsi que le nom des membres du personnel éventuellement entrés ou sortis du groupe au cours du trimestre, en précisant leur date d'entrée ou de sortie ;
- Déclarer tout changement d'activité, d'adresse ou de convention collective applicable par lettre recommandée moyennant un délai de quinze jours dès le moment où l'entreprise en a connaissance ;
- Nous indiquer les adhérents dont le contrat de travail a été suspendu qu'elles qu'en soient la cause et la durée ;
- Nous indiquer les adhérents à radier lorsqu'ils ne font plus partie de la catégorie de personnel assuré en distinguant ceux qui remplissent les conditions pour bénéficier de la portabilité ;



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables par trimestre civil à terme échu dans les dix jours suivant la réception des appels de cotisations par l'entreprise. En fonction des déclarations fournies en fin d'année d'assurance par l'entreprise, les cotisations sont susceptibles de faire l'objet d'un ajustement en début d'année suivante. Ces déclarations portent sur les mouvements de personnel. Les cotisations relatives aux garanties optionnelles pourront être directement prélevées sur un compte bancaire de l'adhérent, si l'entreprise le souhaite.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet de l'adhésion est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion.
- L'adhésion produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation et au plus tôt, à la date indiquée au certificat d'adhésion.
- L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion/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 de l'adhésion,
- en cas de révision des cotisations ou de modification du contrat suite à une évolution réglementaire (lorsque la modification prend effet à l'échéance anniversaire du contrat).

Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, ou par tout autre moyen visé à