

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 ?

Le produit SwissLife Confort Santé est destiné à financer les dépenses afférentes à votre confort en lien avec votre santé, mais également des dépenses de bien-être. En outre, il est également amené à vous verser une aide sous forme de capital en cas d'aléa de la vie. Il n'y a aucune sélection médicale, quel que soit l'âge et le niveau de garanties.



Qu'est-ce qui est assuré ?

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Une prestation forfaitaire, qui est fonction du niveau de garanties choisies, est versée dans les cas suivants :

Financer le confort en cas de coup dur :

- ✓ En cas d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale, d'anesthésie ou d'obstétrique lors d'une hospitalisation ;
- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation supérieure à 72 heures notamment la garde d'enfants de moins de 16 ans (20h), livraison de repas au domicile de la personne hospitalisée pour les membres de la famille (400€ TTC maximum incluant les repas et la livraison) ;

Choisir son parcours :

- ✓ En cas de consultation d'un médecin spécialiste ;
- ✓ En cas de consultation de médecine douce non remboursée (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin ;

Prévenir pour maîtriser son bien-être :

- ✓ En cas d'automédication : achat de médicaments en accès direct selon liste en vigueur et publiée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- ✓ Participation à une pratique sportive (pour une licence sportive ou adhésion ou abonnement d'au moins 1 mois à un club de sport ou une association sportive) Vivre mieux, vivre ensemble ;
- ✓ En cas de fourniture d'un équipement optique, participation au financement de la monture prescrite ;
- ✓ En cas de pose de prothèses auditives prescrites ; de chirurgie réfractive ; de pose d'implant dentaire ;
- ✓ Aide à la reprise d'une activité sportive adaptée avec le groupe associatif Siel Bleu : bilan physique et suivi d'un programme d'activités physiques et de prévention ;
- ✓ Ecoute psychologique (3 entretiens) ;

Parer aux aléas de la vie :

- ✓ Capital perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle ;
- ✓ Capital maladie grave ;
- ✓ Aide aux frais d'obsèques en cas de décès accidentel de l'assuré ;
- ✓ Capital fracture accidentelle ;
- ✓ Capital brûlure accidentelle (brûlure de 3ème degré) ;

- ✓ Téléconsultation.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

Parmi les nombreux services en inclusion :

- ✓ A tout moment : écoute psychologique, information sociale, téléconsultation
- ✓ En cas d'hospitalisation supérieure à 72 heures : garde d'enfants de moins de 16 ans, livraison de repas au domicile de la personne hospitalisée pour les membres de la famille
- ✓ En cas d'immobilisation suite à hospitalisation : livraison de médicaments



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 ?

PRINCIPALE EXCLUSION

! Sont exclues du bénéfice de la garantie les hospitalisations de durée inférieure à vingt-quatre (24) heures.

PRINCIPALES LIMITATIONS

- ! Le forfait en cas d'hospitalisation est limité à 20 jours par an et par assuré
- ! Le forfait en cas d'intervention chirurgicale, d'anesthésie ou d'obstétrique lors d'une hospitalisation est limité à 1 par an et par bénéficiaire
- ! La participation aux consultations d'un médecin spécialiste sont limitées à 6 par an et par assuré
- ! La médecine douce est limitée à 3 consultations par an et par assuré
- ! Le forfait relatif à la licence sportive est limité à un forfait annuel par bénéficiaire
- ! Les forfaits afférents à la rubrique « Vivre mieux, vivre ensemble » sont limités à 1 forfait par an et par assuré, de même que les forfaits pour fractures et brûlures accidentelles.

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



Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie s'exerce pour les événements survenus sur le territoire français
- ✓ Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.



Quelles sont mes obligations ?

Lors de la souscription :

- Etre couvert par un régime obligatoire français
- Remplir avec exactitude la proposition d'assurance fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de survenance des événements,
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a connaissance :
 - o Changement de situation : adresse ou fixation hors de France métropolitaine, composition familiale (naissance, mariage, décès), situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - o Changement de profession : l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de l'assureur ou de son représentant dans les dix jours à compter de l'échéance.

- Paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) possible sans frais.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel) ou par prélèvement automatique.

NB : Le paiement s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique mensuel lorsque le produit a été souscrit dans le cadre de l'adhésion à un contrat collectif d'entreprise.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties entrent en vigueur pour chaque assuré après un délai d'attente de trois (3) mois à compter de la date de prise d'effet du contrat applicable à chaque assuré telle que précisée dans les dispositions personnelles. Le délai d'attente ne s'applique pas si l'hospitalisation résulte d'un accident.

- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale 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 l'article L 113-14 du code des assurances.