

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 Santé Particuliers / Madelin 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 pour les personnes éligibles.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanties 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 journalier hospitalier, transport.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses dentaires et inlay-cores (couronnes, bridges, appareils amovibles) remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres).
- ✓ **Frais audio** : aides auditives.
- ✓ **Médecine – Pharmacie - Autres** : honoraires, hospitalisation à domicile, auxiliaires médicaux, laboratoires, pharmacie, prothèses et appareillage (audioprothèse, orthopédique, prothèse capillaire), VPH : (véhicules destinés aux personnes en situation de handicap), cures thermales remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Module prévention** : pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale sur prescription médicale, forfait prévention (dépenses de dépistage et de prévention).

#### LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière ;  
Frais de télévision ;  
Frais d'accompagnement ;  
Forfait en cas de maternité ou d'adoption ;  
Implantologie ; prothèses ; orthodontie ; parodontologies non remboursées par la Sécurité sociale ;  
Lentilles, chirurgie réfractive ;  
Médecine douce.

#### 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 maladie, accident ou 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.
- ✗ Les hospitalisations en long séjour et séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite et logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.
- ✗ Les frais de chambre particulière liés à une hospitalisation en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.
- ✗ Les frais de voyage et de séjour en établissement thermal.



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

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 2€ 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 non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation et maternité et dentaire** : en fonction du niveau de garanties choisi, il existe une limitation pendant les 3 premiers mois à un niveau inférieur de garanties.
- ! **Frais dentaires** : il existe sur les niveaux de garantie les plus importants un plafond global annuel par an et par bénéficiaire (max : 2450 €), sur le montant des prestations remboursées par la Sécurité sociale (inlays-onlays, prothèses et inlay-cores) et non remboursées par la Sécurité sociale (implantologie, prothèses, orthodontie et la parodontologie). Au-delà du plafond, le remboursement s'effectuera à hauteur du ticket modérateur. Il existe une limitation pendant les 9 premiers mois à un niveau inférieur de garanties.
- ! **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. Il existe une limitation pendant les 6 premiers mois à un niveau inférieur de garanties.
- ! **Frais audio** : prise en charge des aides auditives par période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire. (Le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller).
- ! **Module prévention** : les dépenses de dépistage et de prévention du forfait prévention sont prises en charge à 50% de la dépense, limitée à 50€/75€/100€/200€ par an et par bénéficiaire en fonction du niveau de garanties choisi.

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/ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le régime obligatoire français intervient.
- ✓ Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.



## Quelles sont mes obligations ?

### A la souscription du contrat

- 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 remboursement des soins de la Sécurité sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé).
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a connaissance :
  - o Changement de situation : adresse ou fixation hors 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.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion ou dispositions personnelles.
- Le contrat ou l'adhésion produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée aux dispositions personnelles. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat ou à l'adhésion.
- Le contrat ou l'adhésion 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 fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier mon adhésion ?

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 à la suite d'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.