

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 Retraités 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, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats 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. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlays-onlays, prothèses dentaires et inlay-cores (couronnes, bridges, appareils amovibles) remboursées par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles, chirurgie réfractive.
- ✓ **Frais audio** : aides auditives.
- ✓ **Médecine** : honoraires, hospitalisation à domicile, transport du malade, auxiliaires médicaux, laboratoires.
- ✓ **Pharmacie – Divers** : pharmacie, cures thermales remboursées par la Sécurité sociale, prothèses et appareillage auditif, orthopédique, capillaire, VPH (véhicules destinés aux personnes en situation de handicap).
- ✓
- ✓ **Forfait prévention santé** : forfait prévention (dépenses de dépistage et de prévention).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière ;
Frais de télévision ;
Frais d'accompagnement ;
Médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale ;
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale ;
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie ;
Aide aux frais d'obsèques ;
Capital perte d'autonomie (dépendance totale) ;
Des bonus fidélité en optique et dentaire remboursé.

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 :

- ✓ La téléconsultation illimitée.
- ✓ Rapatriement sanitaire en cas de maladie, accident ou décès à l'étranger.
- ✓ Services aide aux aidant et répit de l'aidant.



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** : en fonction du niveau de garanties choisi, il existe une limitation pendant les 3 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 en cas d'évolution de la vue.

! **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).

! **Médecine – Pharmacie – Autres** : limitation à 5 séances par an et par bénéficiaire pour la médecine douce non remboursée par la Sécurité sociale.

! **Forfait prévention santé** : prise en charge de 50 % des dépenses de prévention non remboursées par la Sécurité sociale listées au contrat, limitée à 50€/75€/100€/125€/150€/175€/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.

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



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger, à partir du moment où le régime français intervient.
- ✓ Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



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 :
 - 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.
 - 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 aux Dispositions Personnelles.
- Le contrat 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.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale.



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.