Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre

AWP - SAS au capital de 7 584 076 € - 490 381 753 RCS Bobigny, Entreprise d'assurances immatriculée en France et régie par le Code des assurances.

Produit : CEGEMA CONFORT

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 CEGEMA CONFORT est un contrat de complémentaire santé, collectif à adhésion facultative. Il prévoit le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires (assurés) en cas d'accident, maladie ou 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 GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

✓ Hospitalisation : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, hospitalisation à domicile, transport.

✓ Soins courants : honoraires, paramédicaux, laboratoires, matériel médical (gros et petit appareillage).

✓ Médicaments : Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire

✓ Frais dentaires : soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-core (couronnes, bridges, appareils amovibles) remboursés par le Régime Obligatoire

✓ Aides auditives, piles et accessoires

✓ Prévention et cures thermales : actes de prévention (dépenses de dépistage et de prévention)

AUTRES GARANTIES PREVUES SELON FORMULE CHOISIE

Chambre particulière

Frais accompagnant - télévision - Internet - téléphone

GARANTIES OPTIONNELLES

Renfort Hospi + (dès la formule C2) : supplément de remboursement des honoraires OPTAM et OPTAM-CO, chambre particulière et frais accompagnant / télévision / Internet et téléphone.

Renfort Confort + (dès la formule C2) : supplément de remboursement en pharmacie prescrite non remboursée par la sécurité sociale, médecine complémentaire, dentaires non remboursés par la sécurité sociale, et équipement optique.

LES SERVICES PREVUS

Réseau de soins Carte Blanche

Espace clients Cegema pour le suivi des remboursements

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

Parmi les nombreux services en inclusion :

✓ Téléconsultation jusqu'à 10 consultations par an par bénéficiaire

✓ Aide-ménagère et/ou auxiliaire de vie en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

✓ Rapatriement sanitaire en cas de maladie, accident ou décès à l'étranger

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 frais relatifs à des séjours en établissements médicosociaux, services ou unités de soins de longue durée (USLD), maisons de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

Y a -t-il des exclusions à la couverture

Liste non exhaustive. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

PRINCIPALES EXCLUSIONS

! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

! 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 : les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient fonction du niveau de garantie choisi.
Outre les plafonds définis pour chaque type de prestations remboursées par la Sécurité sociale (soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-cores) et non remboursés par la Sécurité sociale (soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-cores, implantologie, prothèses, orthodontie et la parodontologie), **il existe sur les niveaux de garantie les plus importants un plafond sur les actes prothétiques hors 100% santé par an et par assuré de 2500 € ou 3000 €.**

! Frais optiques : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

! Prévention : sont remboursés les actes de prévention prévus au contrat responsable

! Renfort Hospi : les remboursements sont limités aux médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO).

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'Assuré s'applique.
- ✓ 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 ?

Sous peine de suspension des garanties, vous devez,

A l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,

En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au 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 par 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 de tout changement de votre situation, par lettre recommandée postale dûment signée par le client ou envoi recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, et notamment le changement d'adresse ou de sa fixation hors de France métropolitaine ;

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 votre centre de gestion Cegema dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Paiement fractionné possible (mensuel, trimestriel ou semestriel).
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) 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.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure à la date de conclusion du 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 sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

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

- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.

  Vous avez également la possibilité de mettre un terme à votre adhésion au contrat CEGEMA CONFORT à tout moment, 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.

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

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre

Produit : CEGEMA CONFORT - HONORAIRES +

Le contrat CEGEMA CONFORT a été développé et négocié par CEGEMA qui le distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires et en assure la gestion par délégation de l'Assureur.

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 Honoraires+ est un contrat complémentaire au contrat santé CEGEMA CONFORT pour les formules C3 à C8 uniquement. Il garantit le remboursement des honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM ou OPTAM-CO, suite à maladie, accident, ou hospitalisation, dans la limite des garanties assurées. La garantie intervient en complément de la Sécurité sociale et des garanties CEGEMA CONFORT assurées.

Le contrat est « solidaire » : aucun questionnaire médical n'est demandé lors de l'adhésion. Le contrat est « non responsable » : il n'est pas éligible au régime fiscal prévu par l'article 154 bis du code général des impôts (loi Madelin).

Qu'est-ce qui est assuré ?

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

✓ Hospitalisation : honoraires des médecins n'ayant pas souscrit à l'OPTAM / OPTAM-CO.

✓ Soins courants : honoraires des médecins (Médecins généraliste, specialistes), Radiologie, Imagerie, Echographie, Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM) n'ayant pas souscrit à l'OPTAM / OPTAM-CO

LES SERVICES PREVUS

Espace clients Cegema pour le suivi des remboursements.

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 frais relatifs à des séjours en établissements médicosociaux, services ou unités de soins de longue durée (USLD), maisons de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

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

Liste non exhaustive. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

PRINCIPALES EXCLUSIONS

! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

! 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.

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'Assuré s'applique.
- ✓ 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 ?

Sous peine de suspension des garanties, vous devez,

A l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,

En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au 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 par 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 de tout changement de votre situation, par lettre recommandée postale dûment signée par le client ou envoi recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, et notamment le changement d'adresse ou de sa fixation hors de France métropolitaine ;

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 votre centre de gestion Cegema dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Paiement fractionné possible (mensuel, trimestriel ou semestriel).
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) 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.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure à la date de conclusion du 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 sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

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

- En cas de résiliation du contrat de base CEGEMA Confort, souscrit simultanément à la garantie.
- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.

  Vous avez également la possibilité de mettre un terme à votre adhésion au contrat Honoraires + à tout moment, 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.

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

Taux relatif à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2021 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux 2021
Taux brut S/P (y compris Provisions pour Frais de Gestion de Sinistres) en 2021 pour l'ensemble du portefeuille (1)	74.14%
Taux de frais de gestion (2)	25.44%
Dont frais de gestion	11.93%
Dont frais d'acquisition	13.51%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.