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 P&C - SA au capital de 17 287 285 € - 519 490 080 RCS Bobigny, Entreprise d'assurances immatriculée en France et régie par le Code des assurances.

Produit : VITANEOR3

Le contrat VITANEOR3 a été développé et négocié par CEGEMA qui le distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau.

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 VITANEOR3 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.

Formules F1 à F6

✓ **Hospitalisation :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant, confort hospi (télévision, Internet, téléphone, presse), hospitalisation à domicile, transport.

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

✓ **Médicaments :** Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire.

✓ **Optique :** équipement (monture et verres), lentilles.

✓ **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.

✓ **Actes de prévention et médicaments prescrits ou non, non remboursés par le régime obligatoire.**

✓ **Cures thermales :** honoraires et frais remboursés par le régime obligatoire.

AUTRES GARANTIES PREVUES SELON FORMULE CHOISIE

Chambre particulière, chirurgie réfractive, Dentaire non remboursé par le régime obligatoire (implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie).

Bonus fidélité sur les honoraires en hospitalisation et soins courants OPTAM, la médecine complémentaire, le forfait cure thermale, la chirurgie réfractive, les prothèses dentaires hors 100% Santé, les aides auditives.

GARANTIES OPTIONNELLES

Renfort Hospitalisation dès la formule F1 : supplément de remboursement des honoraires OPTAM et OPTAM-CO, chambre particulière, frais accompagnant, confort Hospi.

Option ECO Futé dès la formule F2 (non cumulable avec le renfort hospi) et Option ECO Pharma niveau 1 et 2 dès la formule F1.

- ECO Futé : suppression de chambre particulière, actes de prévention et médicaments prescrits ou non, non remboursés par le Régime Obligatoire.
- ECO Pharma niveau 1 : suppression de Médicaments remboursés à 15%.
- ECO Pharma niveau 2 : suppression de Médicaments remboursés à 30% et à 15%.

Formule HOSPI

✓ **Hospitalisation :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant, confort Hospi (télévision, Internet, téléphone, presse); hospitalisation à domicile, transport.

LES SERVICES PRÉVUS

Réseau de soins Carte Blanche (hors formule Hospi). Espace clients Cegema pour le suivi des remboursements.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

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.

Formule Hospi

✗ Le délai d'attente est de 1 mois. Il peut être abrogé en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes et sans interruption de garanties.

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 DU CONTRAT RESPONSABLE

! 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 accompagnant, télévision, téléphone, Internet et presse :** les remboursements sont limités à 20 jours par hospitalisation.

Hors formule HOSPI

! **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 1500€ (F3), 1800€ (F4), 2000€ (F5) ou 2500€ (F6).

! **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 et les vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, Traitement antipaludéen pour les voyages, sevrage tabagique, troubles de l'audition, glucomètre, auto-tensiomètre, test de dépistage NR (cancers col de l'utérus, colon, sein) et dépistage de l'ostéoporose.

! **Renfort Hospitalisation :** 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,

Lors de 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 ou envoi en recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, et notamment le changement d'adresse ou la fixation hors de France métropolitaine, la composition familiale, le régime obligatoire, la profession exercée.

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 VITANEOR 3 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 ou envoi recommandé électronique ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

SwissLife Prévoyance et Santé – Siège social : 7, rue Belgrand-92300 Levallois-Perret SA au capital social de 150 000 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021 RCS Nanterre www.swisslife.fr
Cegema - Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex. SA de gestion et de courtage au capital de 313 800 euros – RCS B 378 966 485 Antibes – www.cegema.com