

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit avant examen de 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 d'Assurance Les Options du salarié 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 et du régime complémentaire santé d'entreprise.



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.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** Consultations, analyses médicales, radiologie, auxiliaires médicaux, orthopédie.
- ✓ **Hospitalisation et maternité :** Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport.
- ✓ **Frais dentaires :** Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique :** Consultations, lunettes (monture et verres) et lentilles.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale :** Prothèses, orthèses, aides auditives.
- ✓ **Actes de prévention dans le cadre du contrat responsable :** Soins dentaires et consultations, vaccins.

GARANTIES OPTIONNELLES

- Médicaments prescrits mais non remboursés.
- Chambre particulière, lit accompagnant, transport.
- Prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale, implantologie, parodontologie.
- Chirurgie de l'œil au laser.
- Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale : soins, hébergement et transport.
- Allocation maternité.
- Fécondation In Vitro (FIV), amniocentèse non remboursée.
- Forfait prévention (sur prescription uniquement).
- Médecine alternative : l'ostéopathie, la chiropractie, l'étiopathie, la naturopathie, l'acupuncture, les actes de pédicurie-podologie effectués par un pédicure-podologue assermenté.

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 indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les frais engagés pour les séjours dans les établissements ou services suivants : héliomarins, ou de thalassothérapie, de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les centres hospitaliers pour les personnes âgées dépendantes.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Les cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les demandes de prises en charge soumises plus de 2 ans après la date des soins.
- ! Les demandes de prises en charge soumises lors d'une suspension de garanties suite à un non paiement des cotisations.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique :** Limité à un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour lesquels un renouvellement anticipé est possible.
- ! **Aides auditives :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans.
- ! **Chambre particulière :** Jusqu'à 75€ par jour en fonction du niveau de garantie choisi.
- ! **Lit accompagnant :** Jusqu'à 45€ par jour en fonction du niveau de garantie choisi.
- ! **Consultations et visites de psychiatres ou neuropsychiatres :** Limité à 52 consultations par année d'adhésion et par assuré.
- ! **Hospitalisation :**
 - Hospitalisation pour affections psychopathologiques : garanties limitées à 90 jours par année civile et par assuré.
 - Séjours en maison de repos ou convalescence : Couverture uniquement si faisant suite à hospitalisation et médicalement ordonnés. Limité à 30 jours par assuré et par année d'adhésion.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger si la durée du séjour ne dépasse pas trois mois consécutifs.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude la Demande d'Adhésion fournie par l'assureur.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Payer la cotisation.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Payer la cotisation.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 15 jours qui suivent la connaissance que l'assuré a de l'un de ces événements :
 - Changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie.
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables au jour figurant dans la Demande d'Adhésion.
- Elles sont payables par prélèvement automatique mensuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est indiquée au Certificat d'adhésion et est fixée d'un commun accord sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'assureur.
- En cas de contrat conclu à distance, 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 cette date 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 mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique au moins 60 jours avant cette date,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle vous amenant à ne plus être éligible au contrat,
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- A tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de première souscription du contrat d'assurance sans frais ni pénalités (par vous-même ou par un nouvel assureur que vous avez mandaté à cet effet).