Assurance complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Generali Vie, Société anonyme au capital de 336 872 976 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris - Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

La Prévoyance-Santé Entreprise

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des garanties ci-joint.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit **La Prévoyance-Santé Entreprise** garantit à tout salarié appartenant à l'effectif assurable, et éventuellement à ses bénéficiaires, le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et de maternité en fonction de la formule choisie par l'entreprise contractante.
Le produit **La Prévoyance-Santé Entreprise** respecte les conditions légales des contrats responsables. Il ne prévoit pas de questionnaire de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.

Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES PRINCIPALES

- ✓ **Hospitalisation (y compris Maternité) :** Honoraires chirurgicaux, frais de soins, forfait journalier hospitalier, frais de séjour (y compris en maison de repos et convalescence), hospitalisation à domicile, frais de transports hospitaliers
- ✓ **Soins courants :** Consultations et visites de médecins, auxiliaires médicaux, examens médicaux
- ✓ **Pharmacie :** Médicaments et homéopathie remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Appareillage :** Appareillage d'orthopédie, aides auditives, prothèses capillaires remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Optique :** Lunettes (monture et verres), lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire :** Soins dentaires, chirurgie dentaire, prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie, implantologie remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Actes de prévention**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Hospitalisation : Chambre particulière, lit d'accompagnement
Soins courants : Consultation d'un praticien non reconnu (ostéopathe, acupuncteur, …)
Pharmacie : Médicaments, vaccins, sevrage tabagique, contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale
Optique : Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive
Dentaire : Prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie, implantologie non remboursées par la Sécurité sociale
Cure thermale : Forfait thermal (frais médicaux, frais de transport et d'hébergement)
Autres : Allocation naissance/adoption, consultation diagnostic en diététique

LES SERVICES ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

- ✓ **Assistance**
- ✓ **Téléconsultation médicale**
- ✓ **Tiers payant étendu**

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

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les salariés et leurs ayants-droit qui n'appartiennent pas à la catégorie de personnel assuré figurant aux conditions particulières
- ✗ Les frais engagés avant la date d'admission au contrat et après la date de radiation du contrat ou de cessation de la garantie
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les factures et notes d'honoraires d'un montant différent de celui déclaré à la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)

Cette liste n'est pas exhaustive.

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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! La majoration du ticket modérateur et les 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 régle-mentairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Dentaire :** Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés
- ! **Optique :** Prise en charge limitée à un appareillage par période de deux ans, réduite à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas, une ordonnance sera exigée)

Cette liste n'est pas exhaustive.

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine et départements et collectivités d'Outre-Mer (DOM COM).
- ✓ Dans le monde entier pour les séjours n'excédant pas trois mois (les prestations sont payées en France et en euros).

Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE OU DE NON GARANTIE :

À la souscription :

- Faire remplir un bulletin individuel d'affiliation par tout salarié dès son entrée dans l'effectif mentionné « à la catégorie de personnel assuré », et l'adresser à l'assureur dans le mois qui suit.
- Joindre les bulletins individuels d'affiliation de chacune des personnes à assurer.

En cours de contrat :

- Affilier au contrat l'ensemble du personnel assurable.
- Retourner les bordereaux de cotisations établis en cours d'année en précisant les mouvements de personnel dans l'effectif et payer les cotisations à leurs échéances.
- Adresser à l'assureur l'état nominatif des salariés assurés au cours de l'année civile échue, avant le 31 janvier de l'année suivante.
- Informer l'assureur, sous un délai maximum de 15 jours, de toute sortie des effectifs et de son motif.
- Adresser à l'assureur toute demande de maintien de garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale dans un délai de 10 jours à compter de la rupture effective du contrat de travail du salarié.
- Remettre à chaque salarié la notice d'information et se constituer la preuve de cette remise.

En cas de sinistre, pour le versement des prestations :

- Transmettre à l'assureur la demande de remboursement accompagnée de tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu, par chèque ou TIP, accompagné du bordereau de cotisations correspondant.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières.

Le contrat est souscrit à l'origine pour la période comprise entre la date de prise d'effet et le 31 décembre suivant à minuit de l'exercice considéré. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties dans les conditions fixées au contrat. En cas de disparition de la totalité de l'effectif assuré, le contrat est résilié par l'assureur au 31 décembre de l'année en cours.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- deux mois avant l'échéance annuelle (1er janvier de chaque année),
- dans les 10 jours qui suivent la révision du contrat (tarification et modalités de mise en jeu de l'assurance) par l'assureur en cas de modification des dispositions fiscales et sociales ou des règles d'indemnisation de la Sécurité sociale, applicables au contrat.

La résiliation doit se faire par lettre recommandée. La résiliation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les assurés à la date d'effet de la résiliation.

FR_GVFP008B - Janvier 2020 - Gestion des Imprimés