

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AXA France Vie SA - Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances

Siren : 310 499 959

Produit : **Adaptalia Entreprises Métiers Santé socle complémentaire**



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le contrat Adaptalia Entreprises Métiers Santé socle complémentaire est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Il s'agit d'un contrat de groupe qui s'adresse aux entreprises qui souhaitent mettre en place une couverture santé obligatoire pour leurs salariés. Les salariés assurés bénéficient des garanties jusqu'à la date à laquelle ils quittent l'entreprise sauf en cas de maintiens de garanties prévus réglementairement. Le produit respecte les conditions légales du contrat responsable et du 100% santé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation** (y compris maternité) : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait actes lourds.
- ✓ **Soins courants** : consultations médicales et visites de médecins, imagerie médicale prise en charge par la Sécurité sociale, analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale, actes paramédicaux, médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, matériel médical pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Soins dentaires** : consultations, radiologie, prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale, orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres).
- ✓ **Aides auditives** : appareils pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Transport**.
- ✓ **Prévention**.
- ✓ **Téléconsultation médicale**.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

Hospitalisation (y compris maternité) : chambre particulière, lit ou frais d'accompagnant d'un enfant mineur.

Soins courants : imagerie médicale non prise en charge par la Sécurité sociale, analyses et examens de laboratoire non pris en charge par la Sécurité sociale, médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 15% ou 30%, médicaments et homéopathie non pris en charge par la Sécurité sociale.

Soins dentaires : prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale, orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale, implants.

Optique : Lentilles de contact prises en charge ou non par la Sécurité sociale, Chirurgie réfractive permettant de corriger certains troubles visuels.

- ✓ **Médecines non conventionnelles** (par exemple : ostéopathie, acupuncture, chiropractie, etc.) réalisées par un praticien inscrit sur un répertoire des professionnels de santé en France.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT INCLUS :

- ✓ Réseau de partenaires à tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires).

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Aides à domicile en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours, après une hospitalisation ou une immobilisation, en cas de grossesse ou séjour en maternité et en cas de maladie grave.

Les garanties précédées d'une ✓ 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.
- ✗ Séjour et frais relatifs aux établissements sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques (comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), de long séjour et pour personnes âgées.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Participation forfaitaire de 1€ et franchises sur les boîtes 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 réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire non maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Hospitalisation** : Chambre particulière, lit ou frais d'accompagnant, limités à un forfait en euros par jour et en nombre de jours par an et par bénéficiaire. Soins de suite ou de réadaptation pris en charge par la Sécurité sociale et séjour en établissement privé limités à 30 jours puis au ticket modérateur, par an et par bénéficiaire.
- ! **Soins courants** : médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale et homéopathie, limités à un forfait en euros par an et par bénéficiaire.
- ! **Soins dentaires** : Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale et implants, limités à un forfait en euros par acte et en nombre d'actes par an et par bénéficiaire. Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale limitée à un forfait en euros par semestre et éventuellement en nombre de semestres.
- ! **Optique** : Lunettes limitées à une paire de tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue). Lentilles de contact non prises en charge et chirurgie réfractive limitées à un forfait périodique en euros par bénéficiaire.
- ! **Médecines non conventionnelles et Prévention** limitées à un forfait en euros et éventuellement en nombre de séances, par an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert ?

Les adhérents sont couverts :

- ✓ En France et à l'étranger,
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est effectué s'il y a eu une prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, l'entreprise a l'obligation de :

A la souscription du contrat et sous peine de non-garantie :

- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur ainsi que la liste des adhérents pour la couverture obligatoire et un bulletin individuel d'adhésion complété et signé par adhérent pour la couverture facultative, par tout moyen mis à disposition.
- Payer la cotisation (ou fraction de cotisation indiquée au contrat).

En cours de contrat :

- Fournir un bulletin d'adhésion pour tout nouvel arrivant dans l'entreprise
- Fournir annuellement la liste des adhérents par tout moyen mis à disposition de l'entreprise.
- Informer l'assureur dans les plus brefs délais de l'un des événements suivants :
 - Changements de situation des adhérents : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie,
 - Départ de l'entreprise d'un salarié assuré.
- Payer les cotisations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations des garanties obligatoires pour les salariés sont payables par l'entreprise selon les intentions de paiement accompagnant l'envoi des déclarations sociales nominatives et par défaut trimestriellement par prélèvement automatique.

A charge de l'entreprise qui effectue le règlement à destination de l'assureur de recouvrer la cotisation auprès des salariés.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date figurant au contrat souscrit par l'entreprise ou à la date d'adhésion du salarié et de ses ayants droit si elle est postérieure.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation du paiement des cotisations ou en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude,
- En cas de résiliation du contrat par l'entreprise,
- Pour l'adhérent, s'il quitte l'entreprise.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise peut résilier :

- Par lettre recommandée au moins 2 mois avant le 31 décembre de chaque année.
- En cas de révision des dispositions du contrat et notamment des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 2 mois qui suivent leur notification.