

Assurance COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie: Abeille IARD & Santé

Société anonyme au capital de 344 822 425,00 € - Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly - 92270 Bois-Colombes - 306 522 665 R.C.S. Nanterre

N° d'identifiant unique ADEME : FR233835_03TPOZ

Produit : Abeille Santé Collective Standard



Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et 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 garantie.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé s'adresse aux entreprises pour la couverture santé obligatoire de leurs salariés. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'affilié et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Depuis le 1^{er} janvier 2020, la réforme 100% Santé permet le remboursement intégral de certains soins. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



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 pas être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'affilié.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjours, forfait journalier hospitalier, lit accompagnant, chambre particulière, transport, cure thermale, prime naissance
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites, radiologie, échographie, actes techniques, auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoire, matériel médical, consultations d'un psychologue remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Pharmacie** : Pharmacie
- ✓ **Dentaire** : Prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), soins dentaires, inlays/onlays, orthodontie
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive de l'œil
- ✓ **Aides auditives** : Appareillage auditif
- ✓ **Prévention et obsèques** : Vaccins, médicaments prescrits et non remboursés par l'assurance maladie (sevrage tabagique, homéopathie, pilules contraceptives), examens, analyses et radios prescrits et non remboursés par l'assurance maladie, ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, podologie, étioopathie, diététicien, forfait obsèques

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PREVUES

Dentaire : Orthodontie, implantologie et parodontologie non remboursées par l'assurance maladie

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens partenaires)
- ✓ Espace client web

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation

La liste des garanties d'assistance d'IMA n'est pas exhaustive, se référer à la Notice d'Information valant Conditions Générales.

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 d'hébergement et de traitements réalisés en établissements de postcure, en centre de rééducation professionnelle et en centre spécialisé de soins pour toxicomanes.
- ✗ Les opérations de chirurgie esthétique sauf intervention réparatrice à la suite d'un accident ou d'une affection somatique

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer aux Conditions Générales.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire et les franchises fixées réglementairement sur les 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 aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.
- ! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : En dehors du forfait journalier, l'indemnisation est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire pour les soins de suite ou de réadaptation et les frais exposés pour les séjours en centre, service ou établissement psychiatrique, ainsi que dans les centres médicaux sociaux.
- ! **Optique** : Prise en charge de l'Optique limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue ou pour un enfant de moins de 16 ans.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge de l'Aide auditive limitée à un équipement par oreille et par période de 4 ans.
- ! **Prévention et obsèques** : Remboursement limité au montant de la garantie par an. Pour les frais d'obsèques, la prestation est limitée au remboursement des frais d'obsèques réellement engagés dans la limite de la garantie de base.

La liste des exclusions et restrictions n'est pas exhaustive, se référer aux Conditions Générales.



Où suis-je couvert(e)?

- ✓ La garantie Complémentaire Santé s'applique dans le monde entier aux affiliés travaillant à temps complet ou partiel ou encore détachés hors de France au sens du Code de la sécurité sociale.
- ✓ Les garanties d'assistance Santé s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).
- ✓ Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :
 - Si le domicile de l'affilié est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine.
 - Si le domicile de l'affilié est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'affilié.



Quelles sont mes obligations?

Sous peine de nullité, de non-garantie ou de suspension de garanties

• À la souscription du contrat puis dès leur embauche ou leur promotion :

Affilier tous les membres du personnel appartenant aux catégories définies dans les Conditions Particulières.

Sous réserve des cas de dispense admis par la réglementation en vigueur, conserver les documents justifiant des cas de dispenses pour chaque bénéficiaire concerné afin de les produire en cas de demande des administrations sociales et fiscales.

Remettre aux salariés, lors de leur affiliation la notice d'information.

Remettre à l'assureur, pour chaque affilié : le Bulletin Individuel d'Affiliation dûment rempli, daté et signé par l'affilié, le relevé d'identité bancaire et une photocopie de l'attestation de la Carte Vitale dans les 15 jours qui suivent la prise d'effet des garanties.

Répondre avec exactitude aux questions posées par l'assureur.

Fournir les documents justificatifs demandés par l'assureur tels que définit dans les Conditions Générales.

Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

• En cours de contrat :

Informar le délégataire de l'assureur de toute transformation intervenant dans la situation juridique ou économique de l'entreprise (cession d'exploitation, location gérance, ...) dans les meilleurs délais.

Régler les cotisations (ou fractions de cotisations) indiquées au contrat.

• En cas de sinistre :

Fournir les documents justificatifs originaux ou conformes aux originaux demandés par le délégataire de l'assureur (cette obligation concerne l'affilié).

Faire parvenir les demandes de remboursements au délégataire de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins du régime obligatoire (cette obligation concerne l'affilié).



Quand et comment effectuer les paiements?

Les cotisations sont payables par prélèvement automatique mensuel et dues le dernier jour du mois civil auquel elles se rapportent.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin?

La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières. Le contrat expire le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet, il se renouvelle automatiquement chaque premier janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions fixées au contrat.

Lorsque le contrat a pris effet, la garantie est acquise à chaque affilié à compter :

- de la date d'effet du contrat, s'il appartient au personnel affilié à cette date,
- du jour où il remplit les conditions pour être affilié.

Les garanties sont suspendues au jour de la suspension du contrat de travail du salarié (sauf si l'affilié bénéficie au cours de cette période de suspension d'un maintien, total ou partiel de salaire, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur).

Les garanties peuvent être maintenues au titre de la portabilité.



Comment puis-je résilier le contrat?

La résiliation est possible dans les cas, conditions et formes prévus par la loi et par les Conditions Générales du contrat. Elle peut notamment nous être notifiée par courriel, lettre simple, lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à l'agence dont dépend le contrat ou au délégataire de l'assureur ou en ligne depuis l'espace RH dédié à l'entreprise (accessible sur www.henner.com - Rubrique **Espace Client** puis **Correspondant entreprise / RH**).

Le contrat peut être résilié dans les cas suivants :

- À l'échéance principale en respectant un préavis de deux mois,
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat en respectant un préavis d'un mois,
- en cas de révision des cotisations dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle l'entreprise souscriptrice aura eu connaissance de cette modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.