

# 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 Santé Salarié

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 sont détaillés dans le tableau des garanties ci-joint.

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

Le produit **La Santé Salarié** garantit le remboursement de tout ou partie des dépenses de santé engagées par l'assuré en cas d'accident ou de maladie (y compris maternité) après remboursement de son régime obligatoire d'assurance maladie et du contrat santé complémentaire souscrit par son entreprise. Le produit **La Santé salarié** (contrat surcomplémentaire) 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 votre charge. 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** : Orthopédie, aides auditives
- ✓ **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 et vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, sevrage tabagique, contraceptifs
- Optique** : Chirurgie réfractive, lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale
- 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** : Consultation diététique, Allocation naissance-adoption

#### LES SERVICES ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

- Protection Juridique 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 âgés de plus de 70 ans à la date d'adhésion et qui ne sont pas bénéficiaires d'un contrat complémentaire souscrit par leur entreprise.
- ✗ Les personnes, ou ayants droit d'un affilié, qui ne sont pas affiliés à un Régime Obligatoire d'assurance maladie français.
- ✗ Les frais engagés avant la date d'effet du contrat et après la date de résiliation du contrat ou de cessation de la garantie.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ 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 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 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, régions et collectivités d'Outre-Mer (DROM/COM).
- ✓ À l'étranger, pour les séjours n'excédant pas trois mois.



## Quelles sont mes obligations ?

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

#### À l'adhésion :

- Répondre avec précisions aux questions et demandes de renseignements figurant sur les documents d'adhésion.

#### En cours de contrat :

- Payer les cotisations à leurs échéances.
- Informer l'assureur de l'ajout ou de la suppression d'un bénéficiaire dans les 2 mois suivant l'événement en cas de naissance ou d'adoption et 15 jours suivant tout autre événement, et au plus tard dans les 2 mois précédant la date d'échéance annuelle du contrat.

#### En cas de sinistre, pour le versement des prestations :

- Faire parvenir les justificatifs (décomptes originaux, notes, factures) dans un délai d'un mois à partir du jour du paiement de la Sécurité sociale
- Répondre aux sollicitations du Médecin Conseil et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu par prélèvement.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est fixée d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou 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 cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une période comprise entre la date de prise d'effet et le 31 décembre suivant minuit de l'exercice considéré et se renouvelle automatiquement le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance annuelle (au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année), en adressant à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat une notification, par mail à l'adresse suivante : [relationclientsante@generali.fr](mailto:relationclientsante@generali.fr) (en indiquant dans l'objet du mail « Résiliation » ainsi que le numéro de contrat ou d'adhésion), ou par lettre (simple ou recommandée), ou tout autre moyen prévu à l'article L113-14 du Code des assurances ;
- au-delà d'un an, vous pouvez résilier à tout moment dans les mêmes conditions. La résiliation prend effet dans les conditions posées par l'article L113-15-2 du Code des assurances.



Si vous imprimez ce document,  
pensez à le trier !