

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Malakoff Humanis Prévoyance – Institution de prévoyance immatriculée en France et régie par le Titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, N° agrément ACPR : 3120012

Produit : CCN des Activités de Marchés Financiers



Ce document d'information non contractuel présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il 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 des garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé « CCN des Activités de Marchés Financiers » est un contrat complémentaire collectif obligatoire, complété le cas échéant par un contrat surcomplémentaire collectif obligatoire, tous deux complétés le cas échéant par un contrat surcomplémentaire collectif facultatif, souscrits par une entreprise relevant de la Convention collective nationale des activités de marchés financiers, destinés à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française.

Le contrat complémentaire santé collectif obligatoire et le contrat surcomplémentaire santé collectif obligatoire respectent les conditions légales des contrats solidaires et responsables. Le contrat surcomplémentaire santé collectif facultatif est un contrat solidaire non responsable.



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 annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

Garanties systématiquement prévues :

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les soins coûteux.
- ✓ **Soins courants** : consultations, visites et consultations en ligne de généralistes et spécialistes, participation forfaitaire pour les soins coûteux, actes d'imagerie médicale, actes techniques médicaux, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique.
- ✓ **Prévention**.
- ✓ **Pharmacie** : frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Transport Sanitaire** : ambulance, taxi conventionné - hors SMUR, pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aide auditive** ou équipement, accessoires et fournitures.
- ✓ **Dentaire** : soins, prothèses dentaires, orthodontie et parodontologie remboursées par la Sécurité sociale, inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : verres et monture, lentilles prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Tiers payant**.
- ✓ **Réseau de soins** (optique et dentaire).

Les garanties optionnelles :

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.

Hospitalisation : frais de chambre particulière.

Soins courants : médecine alternative.

Optique : chirurgie de l'œil.

Dentaire : Parodontologie et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale, implants (implant + pilier implantaire).

Assistance : les garanties d'assistance sont assurées par AUXIA Assistance et définies aux conditions générales d'assistance.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité des contrats.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.



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

Principales exclusions :

! Les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

Principales restrictions relatives au contrat responsable (y compris pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif non responsable) :

! **La participation forfaitaire de 1 €** pour chaque consultation médicale ou tout acte de biologie médicale.

! **La franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.

! **La franchise de 2 €** sur les transports sanitaires.

! **La minoration** en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).

! **La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire** et les ayants droits sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'accès au dossier médical.

! **Optique** : prise en charge d'un équipement (verres et monture) tous les deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par l'évolution de la vue, réduite à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

! **Aide auditive** : prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les quatre ans la limite des plafonds fixés dans le tableau de garanties.

! **Dépassements d'honoraires** : plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Autres restrictions :

! **Les dépassements d'honoraires non déclarés** à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

! **Hospitalisation** : versement des frais de chambre particulière limité à 365 jours par an (180 jours par an en cas de séjour en psychiatrie).

! **Soins courants** : médecine alternative : remboursement limité à un forfait par séance et un nombre annuel de séances par bénéficiaire.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France
- ✓ À l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français, et, pour les séjours temporaires, salariés détachés, résidents à l'étranger, dans la mesure où la Sécurité sociale française ou le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil prend en charge les frais engagés. Le remboursement se fait en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par les contrats. Les contrats ne couvrent pas les salariés expatriés.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle, tant que ces informations ne sont pas transmises et traitées par les flux de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) :

A la souscription :

Le souscripteur doit :

- Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'organisme assureur, si le souscripteur entre dans le périmètre de la DSN.
- Communiquer à l'organisme assureur la déclaration d'affiliation dûment renseignée par chaque salarié dans un délai de trente jours suivant soit la date d'effet du contrat collectif obligatoire, soit la date de l'entrée du salarié dans les effectifs de l'entreprise.
- S'engager à remettre à chaque assuré la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

En cours de contrat :

Le souscripteur doit :

- Déclarer à l'organisme assureur tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans les effectifs de l'entreprise ou qui en sort.
- Déclarer trimestriellement, à l'organisme assureur, par le biais des appels de cotisations, l'effectif des salariés affiliés au contrat.
- Régler les cotisations prévues au contrat.
- S'engager à porter à la connaissance de chacun des assurés couverts par le contrat, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant le supplément modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'organisme assureur.

Pour le versement des prestations :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations dans les délais prévus aux contrats.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour le contrat complémentaire collectif obligatoire et le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire :

- La complémentaire santé est financée en partie par l'entreprise souscriptrice et le cas échéant pour partie par l'assuré.
- Les cotisations, calculées annuellement, sont payables trimestriellement à terme échu, dans les 10 jours qui suivent l'échéance.
- Le règlement des cotisations s'effectue par l'entreprise souscriptrice, notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire ou par la DSN.

Pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif :

- La cotisation, calculée annuellement, est payable par l'assuré, dans les conditions définies sur bulletin d'adhésion individuelle.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour le contrat complémentaire collectif obligatoire :

Début du contrat :

Le contrat prend effet à la date indiquée au sein du contrat d'adhésion et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Fin du contrat :

Le contrat d'adhésion au contrat socle collectif obligatoire de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation demandée par l'organisme assureur dans les cas et conditions fixés au contrat.

La couverture de l'assuré prend alors fin à la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat.

Pour le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire et le contrat surcomplémentaire collectif facultatif :

Début du(des) contrat(s) :

La souscription du(des) contrat(s) surcomplémentaire(s) collectif(s) peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire. En tout état de cause, le(s) contrat(s) prend(nent) effet à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Fin du(des) contrat(s) :

Le(s) contrat(s) surcomplémentaire(s) collectif(s) expire(nt) le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il(s) se renouvelle(nt) par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation demandée par l'organisme assureur dans les cas et conditions fixés au(x) contrat(s).

Pour le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire :

Le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire est résilié de plein droit en cas de résiliation du contrat socle collectif obligatoire. La résiliation du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire n'emporte pas la résiliation du contrat socle collectif obligatoire.

Pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif :

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif est résilié de plein droit en cas de résiliation du contrat socle collectif obligatoire et/ou du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le souscripteur peut résilier le contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale adressée DEUX (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi). Le souscripteur peut, après expiration d'un délai d'un an, résilier le contrat sans frais ni pénalités. La résiliation du contrat prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification du souscripteur.