

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance



GFA Caraïbes

GFA Caraïbes, Société Anonyme au capital de 6.839.360 €

Entreprise régie par le Code des assurances - B 381 324 912- 104/106 Bd. du Général de Gaulle 97200 Fort de France Filiale de Generali France Société appartenant au groupe GENERALI immatriculé au registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

LA SANTE ENTREPRISE

Ce document d'information 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 de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé garantit le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, après intervention du régime obligatoire d'assurance maladie. 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 être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins (généralistes et spécialistes), examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles correctives acceptées par la Sécurité Sociale
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ **Médecine douce**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Chambre particulière, lit accompagnant
- Implants dentaires et parodontologie
- Chirurgie réfractive

LES SERVICES

- ✓ 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-droits 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 ?

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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas de dégradation de la vue
- ! **Remboursements dentaires** : limités à 11% du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale sauf soins et implants
- ! **Médecine douce** : forfait par an et par bénéficiaire dans la limite annuelle.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine et départements, régions et collectivités d'Outre-Mer (DROM/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 virement ou prélèvement automatique, accompagné du bordereau de cotisations correspondant.
- Les cotisations sont payables mensuellement par prélèvement automatique.



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 Dispositions Particulières. 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 durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance annuelle (1^{er} janvier de chaque année), en adressant à l'assureur au moins deux mois avant cette date une notification par mail à l'adresse suivante : sante@gfa-caraibes.fr (en indiquant dans l'objet du mail « résiliation » ainsi que le numéro de contrat et/ou le nom de l'entreprise, 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 ;
- 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 du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les assurés à la date d'effet de la résiliation.



Si vous imprimez ce document pensez à le trier !