

Assurance Surcomplémentaire 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 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.

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

Le produit d'Assurance Surcomplémentaire 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 et du contrat santé complémentaire souscrit par son entreprise.

Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et solidaires



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, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, parodontologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : Audioprothèses, prothèses et orthèses.

- ✓ **Chambre particulière, lit accompagnant adulte**
- ✓ **Vaccins non pris en charge**
- ✓ **Médecine douce**
- ✓ **LES GARANTIES OPTIONNELLES**

Parodontologie

Sevrage tabagique

LES SERVICES

- ✓ **Assistance**
- ✓ **Téléconsultation médicale**
- ✓ **Tiers payant étendu**

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation.

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 dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par 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 âgées dépendantes (EHPAD).



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 SUSPENSION DES GARANTIES

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 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 ou en cas de résiliation du contrat socle souscrit par l'entreprise



Comment puis-je résilier le contrat ?

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 ;
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.



Si vous imprimez ce document pensez à le trier !