Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Thélem assurances, société d'assurance mutuelle à cotisations variables, numéro SIREN 085 580 488, Siège Social « Le Croc », BP 63130, 45431 Chécy Cedex, Tél. 02 38 78 71 00 - Fax 02 38 78 72 92. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. N° d'identifiant unique REP Papiers n° FR331496_03RXKF délivré par l'ADEME (Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie).

Produit : Assurance Complémentaire Santé – **DG 530 – gamme responsable et solidaire**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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. Les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties des Dispositions Générales.

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

Le produit d'assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser 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, en complément de la Sécurité Sociale française. **Cette offre est responsable et solidaire**. Elle s'inscrit dans le cadre réglementaire des contrats responsables et solidaires. De ce fait, elle intègre notamment le **100% santé** (voir définition ci-après).

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 la charge de l'assuré.

Bénéficiaires : Salariés y compris Alsace Moselle, fonctionnaires territoriaux, Travailleurs Non-Salariés (TNS), agriculteurs et étudiants.

LES GARANTIES, LES SERVICES ET L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, chambre particulière, frais de séjour et de transport, forfait journalier hospitalier,
- ✓ **Soins courants** : consultations, auxiliaires médicaux, analyses et examens, médicaments remboursés et prescrits,
- ✓ **100% santé** : accès sans reste à charge à certains équipements optiques, aides auditives, ainsi qu'à des soins et prothèses dentaires. Ce dispositif s'échelonnera dans le temps **à partir du 1er janvier 2020**.
- ✓ **Panier libre ou modéré** : si vous décidez de ne pas accepter les équipements proposés dans le 100% santé, nous vous remboursons conformément aux montants indiqués dans les tableaux de garanties. Pour les équipements optiques, vous pouvez mixer le 100% santé et le panier libre.
- ✓ **Optiques** : Equipements (montures et verres), lentilles correctrices,
- ✓ **Dentaires** : soins, prothèses remboursées par la Sécurité sociale,
- ✓ **Aides auditives,**
- ✓ **Réseau de soins Carte Blanche :** avantages chez les opticiens dentistes et audioprothésistes partenaires**…**
- ✓ **Service de télémédecine** : des téléconsultations avec 50 spécialistes disponibles tous les jours par email, visio ou téléphone,
- ✓ **Prestations d'assistance** (aide-ménagère, garde à domicile des enfants et des petits-enfants, garde d'animaux, livraison de médicaments), accompagnement psychologique ;

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Frais sans prescription (ostéopathie, orthophonie, acupuncture, psychologie, etc…) ; Optique : renfort verres et lentilles correctrices ; Dentaire : prothèses non remboursées, inlay/onlay, orthodontie, implantologie ; Franchise prépayée : possibilité, en fonction de ses dépenses de santé, de récupérer une fois par an une partie de son versement.

- ✓ Les garanties précédées d'une coche sont systématiquement prévues au contrat.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail,
- ✗ Les soins reçus hors période de validité du contrat,
- ✗ La chambre particulière et le lit d'accompagnant pour les séjours :
  - en désintoxication alcoolique ou toxicomanie,
  - en centre de repos, de convalescence ou de rééducation fonctionnelle au-delà de 90 jours,
- ✗ La chambre particulière, le lit d'accompagnement, le forfait journalier et les frais de séjours pour les séjours en hospice, maison de retraite ou établissements assimilés, maisons d'enfant à caractère sanitaire, instituts médico-pédagogiques, instituts médicaux éducatifs, services de long séjour dans un hôpital,
- ✗ Les dépenses résultant de traitement ou de chirurgie esthétique non pris en charge par le régime obligatoire de l'assuré.

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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire pour certains actes médicaux ou consultations de médecins (1€ au 01/01/2010),
- ! Les franchises médicales,
- ! Hors parcours de soins : tout ou partie des dépassements d'honoraires des actes cliniques, consultations des médecins, l'intégralité de la majoration du ticket modérateur appliquée par le régime obligatoire,
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique forfaitaire maîtrisée.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Optique : les garanties 100% santé et panier libre ne peuvent être activées qu'une fois tous les 2 ans (période fixe de 2 années s'appréciant à la date d'acquisition de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, cette période est ramenée à un an.
- ! Aides auditives : les garanties 100% santé et panier libre ne peuvent être activées qu'une fois tous les 4 ans (période fixe de 4 années s'appréciant à la date d'acquisition de l'équipement).

Où suis-je couvert ?

- ✓ Toutes les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors que le régime obligatoire de l'assuré prend en charge les frais de soins exposés,
- ✓ Les prestations d'assistance s'exercent sur le territoire du Domicile du bénéficiaire, en France métropolitaine.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité ou de non-assurance, l'assuré doit :

- **A la souscription du contrat**
  - Répondre exactement aux questions posées lors de la souscription,
  - Fournir tous les justificatifs demandés.
- **En cours de contrat**
  - Déclarer toutes les circonstances nouvelles qui modifient les informations fournies lors de la souscription.
- **Règlement des prestations**
  - Informer de l'existence de toute autre assurance souscrite pour des risques garantis par le présent contrat.
  - **En complément du régime obligatoire**
    - L'assuré peut bénéficier de la télétransmission ou il peut y renoncer,
    - L'assuré bénéficie du tiers payant auprès des professionnels de santé acceptant ce mode de paiement. En cas d'hospitalisation, il bénéficie aussi d'une prise en charge.
  - **Sans intervention du Régime Obligatoire**
    - Transmettre des justificatifs conformément aux dispositions contractuelles figurant aux Dispositions Générales.

Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation annuelle (ainsi que les frais, taxes et contributions fixées par l'Etat) se paie à la date ou aux dates indiquées sur les Conditions Particulières. Le paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel et Mensuel). Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire, chèque ou prélèvement automatique.

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

Le contrat prend effet à la date et l'heure indiquées aux Conditions Particulières. En cas de contrat conclu à distance, 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.
Le contrat est souscrit jusqu'à la prochaine échéance principale. Il est renouvelable ensuite par tacite reconduction à chaque échéance principale avec les facultés de résiliation prévues au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Les cas de résiliation, les délais à respecter sont ceux prévus par la règlementation et précisés dans les Dispositions Générales.
La notification de la résiliation peut être effectuée, à votre choix soit :
- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez notre représentant,
- par acte extrajudiciaire,
- via la fonctionnalité mise en place sur le site internet.

Nous vous confirmerons par écrit la réception de la notification. Toutefois, en cas de résiliation suite à modification de votre situation selon les termes des articles L113-16 et R.113-6 du Code des assurances, vous devrez notifier la résiliation par lettre recommandée (papier ou électronique) avec demande d'avis de réception.

Vous pouvez notamment mettre fin au contrat :
- à l'échéance annuelle en respectant un préavis de deux mois,
- à tout moment, sans frais ni pénalités, suite à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat. Cette faculté est ouverte pour les contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles.