

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 sont détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit « Planet'Santé Immobilier » est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire. Il est destiné aux entreprises relevant de la convention collective nationale de l'immobilier (IDCC 1527). Il vise à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des salariés et de leurs éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du régime de base d'assurance maladie dont ils relèvent en France métropolitaine. Il respecte les conditions légales des contrats « responsables » et de la réforme « 100 % Santé ».



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. Avec tout autre remboursement, ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge des salariés.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Honoraires médicaux et paramédicaux** : consultations et visites de généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie, soins externes, auxiliaires médicaux, soins infirmiers et transport sanitaire
- ✓ **Analyses et examens de laboratoires**
- ✓ **Médicaments** : médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %, 30 % ou 15 %
- ✓ **Matériel médical** : appareillages orthopédiques et autres prothèses
- ✓ **Hospitalisation** : forfait journalier hospitalier, honoraires, frais de séjour, chambre particulière et lit pour accompagnant
- ✓ **Optique** : verres, montures, lentilles de contact et chirurgie réfractive de la vue
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, inlays/onlays, prothèses et orthodontie remboursées par la Sécurité sociale et implants dentaires
- ✓ **Aides auditives** : prothèses auditives et accessoires
- ✓ **Médecines complémentaires et alternatives agréées**
- ✓ **Parentalité** : versement d'un capital pour chaque enfant né ou adopté avant l'âge de 10 ans

GARANTIES OPTIONNELLES

Médicaments : vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et contraception féminine prescrite non remboursée par la Sécurité sociale

Dentaire : parodontologie et orthodontie adulte non remboursées par la Sécurité sociale

Cures thermales

Assistance

SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseaux de soins
- ✓ Analyse de devis
- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Actions sociales et de prévention

Les garanties et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les éventuels suppléments pour confort personnel en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, etc.)
- ✗ Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf stipulation contraire prévue par le contrat
- ✗ 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

- ! La participation forfaitaire de 1 € sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, examen radiologique et analyse 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
- ! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins
- ! **Honoraires** : prise en charge différenciée des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ! **Prothèses** : remboursement limité à 10 000 € par bénéficiaire et par an, pour le cumul des dépenses liées aux prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, aux prothèses auditives et au matériel médical
- ! **Optique** : remboursement de la monture limité à 100 € et prise en charge d'un équipement optique par période de 24 mois, réduite à 12 mois pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Orthodontie adulte** : prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs
- ! **Prothèses auditives** : prise en charge limitée à un appareil par oreille par période de 4 ans et par bénéficiaire
- ! **Cures thermales** : remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les salariés sont couverts en France ainsi qu'à l'étranger, dans les mêmes conditions que dans le cadre d'une prise en charge par leur régime de base d'assurance maladie.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité ou suspension des garanties ou de résiliation du contrat

Obligations de l'employeur :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande de souscription
- Retourner à l'assureur les conditions particulières signées
- Affilier tous les membres du personnel couvert non dispensés
- Faire remplir le bulletin d'affiliation aux salariés
- Remettre la notice d'information aux salariés
- Fournir tous les documents justificatifs demandés

En cours de contrat :

- Informer l'assureur en cas de changement de siège social, de coordonnées bancaires, d'activité principale ou de situation juridique et d'ouverture d'une procédure collective, dans les délais prévus par le contrat
- Informer l'assureur de toute entrée ou sortie de salariés et de toute modification de la liste des ayants droit, dans les délais prévus par le contrat
- Déclarer les assiettes de cotisations au travers des déclarations sociales nominatives
- Régler les cotisations prévues par le contrat

Obligations du salarié :

A l'affiliation :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'affiliation
- Fournir tous les documents justificatifs demandés

En cours d'affiliation :

- Informer l'assureur en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires ou de situation familiale

Pour le remboursement des frais de santé :

- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale ou de la date de survenance des soins non remboursés par la Sécurité sociale
- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

Par principe, les cotisations sont payables selon une cadence mensuelle. La date limite de paiement des cotisations est fixée au 25 du mois suivant la période mensuelle à laquelle elle se réfère. Les cotisations sont réglées par virement, par prélèvement automatique ou par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

En cadence mensuelle de versement des cotisations, le contrat prend effet au premier jour du mois civil suivant la date de réception de la demande de souscription. Il est conclu jusqu'au 31 décembre de l'exercice civil en cours et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction. Il prend fin en cas de résiliation à l'initiative de l'entreprise ou de l'assureur, de procédure collective ou de cessation d'activité sans reprise de contrat de travail ou de modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail.

Les garanties cessent le jour où le salarié ne fait plus partie de la catégorie de personnel affiliée ou au terme du contrat de l'entreprise. Toutefois, elles peuvent être maintenues, avec ou sans limitation de durée, lorsque le salarié quitte l'entreprise, en cas de licenciement ou de rupture de contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage, en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ou en cas de décès du salarié, au profit de ses ayants droit.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation du contrat doit être signifiée à l'assureur par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances. De manière générale, la résiliation prend effet à la fin de l'exercice civil si elle a été signifiée au moins 2 mois auparavant, excepté lorsqu'elle est demandée dans les 30 jours suivant l'information reçue par l'entreprise à propos de l'augmentation de sa cotisation ou de la diminution des droits des salariés, ou à tout moment dès lors que l'entreprise ne relève plus du champ d'application de la convention collective nationale de l'immobilier ou en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement. A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, la résiliation peut être demandée à tout moment et prendra effet, par défaut, un mois après la réception de la notification par l'assureur.