

Assurance complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Prudence Créole
Assurément réunionnais



PRUDENCE CREOLE – Entreprise régie par le Code des Assurances – Société anonyme d'assurances I.A.R.D.T au capital de 7.026.960€ | Siège social : 32 rue Alexis de Villeneuve – CS 71081 – 97 404 Saint-Denis Cedex | SIREN 310 863 139 – RCS St-Denis de La Réunion – N° de Gestion 72 B 59 – APE 6512Z | Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 | Tel : 0262 70 95 00 – Site web : <http://www.prudencecreole.com>

EUROP ASSISTANCE FRANCE – Assureur des garanties d'assistance – Société anonyme au capital de 48.123.637€ | Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 2 rue Pillet-Will 75009 Paris.

L'EQUITE – Assureur de la Protection Juridique Médicale – Société anonyme au capital de 26 469 320€ | Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro B 572 084 697 - Siège au 2 Rue Pillet-Will 75009 Paris

Produit : Santé Créole Entreprise

Ce document d'information a pour but de vous donner un aperçu des principales couvertures et exclusions relatives à ce produit. Ce document n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qui y sont reprises ne sont pas exhaustives. Pour toutes informations complémentaires concernant l'assurance choisie et vos obligations, veuillez consulter la documentation précontractuelle et contractuelle relative à ce produit. En particulier, les niveaux de remboursement qui sont détaillés dans le tableau des garanties.

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

Le produit **Santé Créole Entreprise** garantit à tout salarié appartenant à l'effectif assurable, et éventuellement à ses bénéficiaires, le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et de maternité en fonction de la formule choisie par l'entreprise contractante. Le produit **Santé Créole Entreprise** respecte les conditions légales des contrats responsables. Il ne prévoit pas de questionnaire de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré. Le détail de ces plafonds figure dans le tableau des garanties.

LES GARANTIES ET LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires médicaux et chirurgicaux, frais de séjour, forfait hospitalier, frais de transports hospitaliers.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux, imagerie, radiologie, actes de spécialité, auxiliaires médicaux, analyses, transport sanitaire.
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire
- ✓ **Matériel médical** : Prothèses médicales et orthopédiques prises en charge par le Régime Obligatoire
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses, orthodontie et parodontologie remboursées.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles prescrites, chirurgie optique.
- ✓ **Aides auditives** : Aide auditive de classe I et II.
- ✓ **Cures thermales** : Frais médicaux et de séjour.
- ✓ **Forfaits** : Allocation de naissance-adoption.
- ✓ **Actes de prévention**

Les services d'Assistance

- ✓ Assistance médicale (Europ Assistance) y compris la téléconsultation.

Les services Prestations

- ✓ Le paiement des prestations est délégué à TG-ASSUR.
- ✓ Tiers Payant généralisé ou Tiers Payant étendu.

La carte à puce

- ✓ Une carte gratuite pour chaque assuré titulaire de son numéro de sécurité sociale.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Elles sont souscrites en complément de la formule principale choisie.

- La Carte à puce complémentaire
- La Protection Juridique Médicale

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les salariés et leurs ayants-droit qui n'appartiennent pas à la catégorie de personnel assuré figurant au contrat.
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les frais liés à des soins non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie sauf dispositions contraires figurant au tableau de garantie.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La majoration 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 PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Une somme peut rester à la charge de l'assuré (franchise) ou les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les personnes de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas, une ordonnance sera exigée).

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France Métropolitaine, DROM et à l'étranger pour les séjours n'excédant pas 3 mois. Les prestations sont payées en France et en euros.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français.
- ✓ Pour les garanties d'assistance, elles s'exercent selon le lieu de votre résidence principale à La Réunion ou à Mayotte.
- ✓ Pour les garanties Protection Juridique Médicale, le sinistre doit relever de la compétence d'une juridiction située sur le territoire de la France ou, si ce n'est pas le cas, d'une juridiction située sur le territoire d'un pays membre de l'Union Européenne.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE OU DE NON GARANTIE :

À la souscription du contrat :

- Répondre avec précisions aux questions et demandes de renseignements figurant dans la proposition d'assurance.
- 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.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.

En cours de contrat :

- Déclarer toutes les personnes couvertes par le contrat un changement de domicile, de situation de famille, de situation au regard du Régime Obligatoire d'assurance maladie.
- Informer l'assureur, sous un délai de 15 jours, de toute sortie des effectifs et de son motif.
- Adresser à l'assureur toute demande de maintien de garantie 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.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- 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 :

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements au prestataire dans un délai maximum de 2 ans suivant la date remboursement des soins de votre Régime Obligatoire.
- Remettre toutes les pièces concernant un accident ou une maladie dans les 3 mois au plus tard après la fin du traitement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement ou trimestriellement à terme échu.

Le paiement peut être effectué par chèque, prélèvement automatique, prélèvement SEPA DSN, carte bancaire ou en espèces jusqu'à 1.000€ par an et par contrat.



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.

Le contrat est souscrit à l'origine pour la période comprise entre la date de prise d'effet et le 31 décembre suivant à minuit de l'exercice considéré. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties dans les conditions fixées au contrat.

En cas de disparition de la totalité de l'effectif assuré, le contrat est résilié par l'assureur au 31 décembre de l'année en cours.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Deux mois avant l'échéance annuelle, en adressant une notification dans les conditions prévues à l'article L113-14 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, applicable au contrat ;
- Au-delà d'un an, à tout moment dans les conditions posées par l'article L113-15-2 du Code des assurances.

La résiliation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les assurés à la date d'effet de la résiliation.