

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : UNIPRÉVOYANCE – Institution Paritaire de Prévoyance immatriculée en France et régie par le

Code de la Sécurité sociale – Siren : 318 990 736

Produit : **OFFRE UNISF**

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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le contrat Santé de l'offre UNISF est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale française. 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 SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations médicales et visite de médecins, analyses et examens médicaux, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, médicaments remboursés par la Sécurité sociale, matériel médical
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Frais dentaires** : Consultations et soins dentaires, prothèses dentaires, inlays onlays, inlays-core, remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Prévention** : Sevrage tabagique, détartrage annuel, dépistage de l'hépatite B, bilan dyslexique réalisé par un orthophoniste
- ✓ **Téléconsultation médicale**

Pour la garantie Unigo :

- ✓ **Protection juridique** : Informations juridiques, analyse juridique des contrats et aide à la résolution de vos litiges dans le domaine de la protection pénale et disciplinaire.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES :

Hospitalisation et maternité : chambre particulière, lit d'accompagnant

Frais optiques : chirurgie de l'œil, lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale

Frais dentaires : implants dentaires, orthodontie, parodontologie, prothèses fixes (non remboursés par la Sécurité sociale)

Médecines non conventionnelles : les actes d'ostéopathie, acupuncture, podologie, homéopathie, chiropraxie, étiopathie, diététique, psychomotricité

Prévention : vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, moyens de contraception

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ Réseau de partenaires à tarifs négociés
- ✓ Site web d'orientation hospitalière

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Séjour et frais relatifs aux établissements sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), de long séjour et pour personnes âgées
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Participation forfaitaire de 1€ et 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 :

- ! **Lit d'accompagnant** : limité à 30 jours en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat à la date des soins
- ! **Chambre particulière** : non prise en charge en cas de maternité sauf en cas d'intervention chirurgicale. Limitation à 45 jours par bénéficiaire et par année civile en garanties Equilibre, Tranquillité et Confort. Limitation à 60 jours en garanties Unior Base et Unior Plus en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale et 30 jours en maisons d'accueil spécialisées (MAS), psychiatrie et convalescence.
- ! **Optique** : limité à 1 équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** : prise en charge des prothèses dentaires limitée à un forfait en euros par année civile et par bénéficiaire la 1^{ère} et la 2^{ème} année d'affiliation **selon la formule de garantie choisie**
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment
- ! **Médecines non conventionnelles** : limitées à 3 ou 4 séances par an et bénéficiaire dans la limite d'un forfait en euros **selon la formule de garantie choisie**



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger,
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est effectué s'il y a eu une prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité de votre adhésion au contrat d'assurance ou de non garantie :

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le bulletin individuel d'adhésion fourni par Uniprévoyance
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation indiquée au contrat)
- Remplir les critères d'adhésion : adhérer à l'Association UNISF, être affilié ainsi que ses ayants droit à l'un des régimes de la Sécurité Sociale ou assimilé

En cours de contrat

- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires au paiement des prestations selon les modalités prévues dans la notice d'information
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : dans ce cas l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation
- Régler les cotisations



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est perçue d'avance par acomptes mensuels par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Votre adhésion prend effet à la date figurant sur votre certificat d'adhésion sous réserve du paiement de la cotisation.
En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 30 jours.
Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année au 1er janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date soit avant le 31/10 de chaque année pour un effet au 01/01 de l'année suivante.
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- en cas d'adhésion à un contrat collectif à adhésion obligatoire conclu par votre employeur, la résiliation prendra alors effet le premier jour du mois suivant la réception du justificatif. Vous pouvez résilier votre adhésion :
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur