

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnies : HENNER SAS de gestion et de courtage d'assurance immatriculé à l'ORIAS 07.002.039, 14 bd du général Leclerc 92200 Neuilly sur Seine – RCS 323.377.739 et AXA France Vie, Société d'assurance régie par le code des assurances, 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre– RCS 310.499.959.

Produit : VIVA FRONTALIERS

Henner

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 sont détaillés dans le tableau de garanties.

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

VIVA Frontaliers est une assurance santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré frontalier Suisse et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Le produit respecte les conditions légales du contrat responsable de la Formule 1 à 4.



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 PREVUES SELON LES FORMULES

- ✓ **Hospitalisation de jour et de plus de 24 h** : honoraires et soins, frais de séjour, ambulance terrestre, chambre, lit d'accompagnement enfant.
- ✓ **Médecine courante** : consultations généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, laboratoire, radiologie et pharmacie.
- ✓ **Bien-Etre** : consultations d'ostéopathe, de chiropracteur, d'homéopathe, d'acupuncteur et de diététicien.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires (dont inlays-cores), parodontologie, implantologie et orthodontie enfant.
- ✓ **Optique** : verres correcteurs, monture et lentilles de contact, opération correctrice au laser.
- ✓ **Maternité** : suivi de grossesse, frais d'accouchement et premiers soins de l'enfant.
- ✓ **Prothèse, appareillage.**
- ✓ **Bonus Fidélité** après 2 et 4 ans d'adhésion.
- ✓ **Assistance Juridique** : en cas de litige d'ordre médical.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Réseaux de soins** à tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires).
- ✓ **Espace client** sur Internet.
- ✓ **Application mobile** (consultation remboursement, accès au réseau de soins, simulation de devis...).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Renforts Optique et Dentaire.
- ✓ Couverture en Suisse de l'hospitalisation et soins courants.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et actes de toute nature non pris en charge par l'Assurance Maladie, sauf s'il en est fait mention dans le tableau des garanties.
- ✗ Les dossiers présentés plus de 2 ans après la date des soins.
- ✗ Toutes les dépenses d'ordre médical ou chirurgical prescrites avant la prise d'effet de l'adhésion ou postérieurement à la date de cessation de la garantie, la continuation d'une hospitalisation intervenue avant cette même prise d'effet ou postérieurement à la date de cessation de la garantie.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les frais qui feraient l'objet d'un refus de remboursement de la part de la CPAM à l'exception des consultations prévues au poste bien-être et des soins en Suisse.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée règlementairement pour les médecins n'adhérant pas au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (le contrat responsable ou OPTAM).
- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! Les frais pour lesquels les procédures et les délais de demande de remboursement n'ont pas été respectés.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Le forfait optique est versé tous les deux ans (tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).
- ! Des délais d'attente s'appliquent à compter de l'adhésion et de l'augmentation de formule.
- ! La prise en charge de l'hospitalisation dans un établissement non-conventionné est limité à 100% de la base de remboursement en formule 1 et 150% sur les formules supérieures.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et dans les départements d'outre-mer,
- ✓ En Suisse si l'option « Soins en Suisse » a été souscrite.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat :

- Être âgé de moins de 65 ans à l'adhésion,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Déclarer tout changement concernant les informations nécessaires à la bonne gestion du contrat (coordonnées, attestation de Sécurité Sociale, RIB)

En cas de sinistre :

- Conserver les factures originales pendant 2 ans en cas de demande de remboursement par E-claiming.



Quand et comment effectuer les paiements

Les cotisations sont payables en Euro par mois, trimestre, semestre ou à l'année par prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à compter du 1^{er} jour du mois suivant la réception par HENNER de la demande d'adhésion, le cachet de la poste faisant foi.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an avec tacite reconduction. Il est reconduit d'année en année au jour anniversaire de sa prise d'effet, sauf si la résiliation est demandée selon les modalités mentionnées ci-après.

L'adhérent dispose d'un délai de 14 jours pour renoncer au contrat à compter de la date de signature (mentionnée sur le bulletin de souscription).



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date anniversaire du contrat en nous adressant une demande de résiliation par lettre recommandée au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours.
- En cours d'année avec justificatif de fin d'activité en tant que frontalier ou d'adhésion à une assurance d'entreprise obligatoire.