

Disclaimer : le présent document a seulement pour but de vous fournir un résumé des principales couvertures et exclusions du produit d'assurance et n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques. L'ensemble des informations précontractuelles et contractuelles sur le produit d'assurance sont reprises dans la documentation contractuelle du produit choisi.

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

Ce produit d'assurance « Complémentaire santé » permet de couvrir l'Assuré pour les traitements médicalement requis en cas d'accident, de maladie ou d'accouchement. La couverture de base porte sur les soins médicaux prodigués dans le cadre d'une hospitalisation et inclut un service d'assistance lorsque l'Assuré est à l'étranger ; selon la formule choisie, la couverture porte aussi sur les soins médicaux ambulatoires, soins dentaires, l'optique médicale et aides visuelles, les actes de prévention et de dépistage.



Qu'est ce qui est assuré ?

Prestations de base

- ✓ Prise en charge des frais médicaux liés à une hospitalisation, ainsi que les soins médicaux pré- et post-hospitaliers
- ✓ Assistance à l'étranger :
 - frais de sauvetage et de recherche (à concurrence de 10.000 EUR maximum)
 - assistance en cas de décès
 - rapatriement ou transport
 - envoi de médicaments
 - assistance linguistique

Prestations complémentaires selon la formule choisie

Soins médicaux ambulatoires :

- consultations et visites médicales
- médicaments (y compris médicaments homéopathiques)
- actes d'auxiliaires médicaux
- soins curatifs
- cures thermales
- matériel thérapeutique
- analyse et examens de laboratoire
- optique médicale et aides visuelles
- soins et prothèses dentaires
- prévention et dépistage
- imagerie médicale

Disclaimer : les éventuels plafonds de garantie, limites, franchises sont repris dans les conditions d'assurances et/ou conditions particulières.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ L'acte intentionnel de l'Assuré
- ✗ Les suites résultant d'événements de guerre ou reconnus comme dommages liés au service militaire
- ✗ Les soins qui ne revêtent pas une nécessité médicale, notamment la chirurgie esthétique
- ✗ Les soins effectués avant l'affiliation au contrat, pendant les délais d'attente ou après la fin de l'affiliation au contrat

Disclaimer : cette liste n'est pas exhaustive. Pour plus d'informations, consulter les documents contractuels relatifs au produit choisi.



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

- ! Aucun remboursement ne peut excéder les frais restant réellement à charge de l'Assuré, ceci après déduction de tous les intervenants dans ces frais
- ! Les mesures de désintoxication (cures de désintoxication, traitements en vue d'une désaccoutumance)
- ! Les traitements en sanatorium ainsi que les mesures de convalescence, sauf s'ils sont médicalement requis
- ! Si le preneur d'assurance bénéficie de prestations de la part des assurances légales, la Compagnie n'est tenue qu'au remboursement des frais restants
- ! Les frais remboursables exposés dans un établissement hospitalier privé ne sont pris en charge qu'à la condition que l'établissement ait été régulièrement autorisé

Disclaimer : cette liste n'est pas exhaustive. Pour plus d'informations, consulter les documents contractuels relatifs au produit choisi.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Dans les pays de l'Union Européenne
- ✓ Dans le monde entier pendant le premier mois de séjour



Quelles sont mes obligations ?

Le preneur d'assurance, l'Entreprise, doit :

- payer les primes
- veiller à l'application du contrat et communiquer, sous sa responsabilité, à la Compagnie toutes les informations nécessaires relatives aux Assurés ainsi que la demande d'affiliation dûment complétée et signée par elle-même et l'Assuré - titulaire
- communiquer immédiatement à la Compagnie les modifications intervenues pour l'ensemble des Assurés (nouvelles affiliations, départs, modifications de l'état civil et des charges de famille, demande d'affiliation du nouveau-né dans le mois de la naissance, souscription ou cessation d'un autre contrat relatif aux frais médicaux)

Les Assurés-titulaires et bénéficiaires doivent :

- lorsque l'affiliation au contrat requiert des formalités médicales, déclarer exactement toutes circonstances et tous les éléments permettant d'apprécier le risque
- déclarer immédiatement la conclusion ou l'extension de garanties d'une assurance de frais de maladie par laquelle l'Assuré se trouve couvert auprès d'une autre compagnie d'assurance, mutuelle ou caisse de maladie
- en cas de soins:
 - transmettre toute pièce justificative permettant d'évaluer le montant des prestations dues (notamment le relevé de la CNS ou équivalent)
 - déclarer le traitement en hôpital dans les 10 jours suivant son commencement
 - demander une autorisation préalable pour les traitements qui en font l'objet



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vous avez l'obligation de payer la prime.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de début de la couverture est indiquée dans la confirmation d'affiliation; la couverture prend fin :

- le premier mois qui suit la notification écrite par l'entreprise de la prise de fin effective du contrat de travail de l'Assuré - titulaire
- à la date de résiliation du présent contrat pour tous les Assurés
- le 1^{er} jour du mois qui suit la réception par la Compagnie d'un écrit de l'Entreprise l'avisant de la volonté de l'Assuré de ne plus bénéficier de la couverture du contrat
- au décès de l'Assuré - titulaire
- au départ à la retraite de l'Assuré - titulaire
- dans le mois de la découverte de la fraude en cas de fraude d'un Assuré



Comment puis-je résilier le contrat ?

Si l'Entreprise souhaite résilier son contrat TeamUp Santé, elle demande la résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins trois mois avant la date de renouvellement. Si l'Assuré-titulaire / bénéficiaire souhaite mettre fin à sa couverture, la demande peut être faite à tout moment, soit en en la faisant via son département des Ressources Humaines, soit en l'adressant directement à la Compagnie.