

Compagnie : Umanens, union de groupe mutualiste régie par le Code de la mutualité et soumise au livre I SIREN N° 800 533 499

La souscription au régime est proposée par Umanens auprès de l'une de ses mutuelles membres, à savoir Identités Mutuelle, La Mutuelle Familiale ou Mutualia, mutuelles régies par le Livre II du Code de la mutualité.

Produit : PRODUIT COLLECTIF FACULTATIF – SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ RENFORT UMANENS

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 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 produit **SURCOMPLEMENTAIRE SANTÉ RENFORT UMANENS** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent ou affilié et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité.

Il intervient en complément de la Sécurité Sociale française, et du contrat santé collectif obligatoire souscrit par l'employeur de l'adhérent auprès d'UMANENS, et cas échéant des options souscrites.

Le produit respecte les conditions légales des **contrats non 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 systématiquement prévues :

- ✓ **Soins courants** : consultation, honoraires, examens, radiologie, transport.
- ✓ **Pharmacie** : pharmacie.
- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, chambre particulière, frais d'accompagnement, honoraires.
- ✓ **Optique** : monture, verres, lentilles remboursées par la S.S., chirurgie réfractive.
- ✓ **Dentaire** : prothèses, orthodontie.
- ✓ **Autre prestation** : grand appareillage, aide auditive.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les unités ou centres de long séjour
 - Dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par le RO
- ✗ Le forfait journaliser facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : remboursement par an dans la limite de la garantie.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans.
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée par an selon la garantie souscrite.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité par an selon la garantie souscrite.
- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ 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, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties.

À la souscription du contrat :

- Être salarié de l'entreprise souscriptrice du contrat collectif facultatif, **et** être couvert par le contrat collectif obligatoire de l'entreprise, **souscrit auprès d'Umanens** ;
- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par votre employeur ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Couverture obligatoire des ayants droit

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre RO,
- Régler vos cotisations, et cas échéant celles de vos ayants droit,
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par demande écrite, dès la connaissance des événements :
 - Changements de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français,
 - Changement d'adresse, de domiciliation bancaire, de situation familiale (naissance, mariage, décès)



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour les cotisations facultatives :

Prélèvement mensuel en début de mois sur le compte bancaire du salarié.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ Les garanties prennent effet pour le salarié et ses ayants droit couverts par le contrat dès la prise d'effet de l'affiliation.
- ✓ Elles prennent fin à la date de votre départ de l'entreprise, sous réserve de l'application des conditions de leur maintien.
- ✓ Elles prennent fin à la dénonciation du contrat collectif souscrit par l'entreprise



Comment puis-je résilier le contrat ?

Résiliation de l'affiliation au contrat collectif facultatif souscrit par l'entreprise (**résiliation individuelle d'un salarié**) :

Le contrat est résiliable dans les cas et conditions prévus au contrat. Il peut notamment être résilié sans justificatif, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité adressé à la Mutuelle, chaque année à la date de l'échéance principale, moyennant un préavis de deux mois, **ou à l'expiration du délai d'1 an du contrat**, sans frais ni pénalité.

Résiliation du contrat collectif facultatif (**résiliation par l'entreprise**) :

L'entreprise adhérente peut demander la résiliation du contrat collectif facultatif, en le signifiant à Umanens (adresse sur votre bulletin d'adhésion) par lettre, par mail ou par tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité :

À l'échéance annuelle du contrat, sous réserve de respecter un délai minimum de deux mois avant la fin de l'année civile, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, conformément au disposition de l'article L.221-10 du code de la mutualité,

À tout moment, après une année d'adhésion, sans frais ni pénalité, conformément à l'article L.221-10-2 du code de la mutualité. À tout moment, à la demande de l'Entreprise adhérente, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet un (1) mois après la réception de la demande de résiliation par l'Organisme assureur. L'Entreprise adhérente reste redevable de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

La résiliation du contrat collectif facultatif de l'entreprise, entraîne la résiliation de tous les salariés couverts par le contrat.