



# **Mutuelle Santé**

# **IPID & Conditions générales**

**Comparez les offres** 

www.mongustave.fr



# Liberteo 100% Santé Option Eco tableau des garanties

		NIVEAU 1 85 ans	NIVEAU 2 85 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans	NIVEAU 7 85 ans	NIVEAU 8 85 ans
HOSPITALISATION & MATERNITÉ (1)		UJ ulis	05 uns	UJ Ulis	OJ ulis				
Frais de séjour conventionné (médecine, chirurgie et maternité)		Frais réels							
Frais de séjour non conventionné (médecine, chirurgie et maternité)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	350%
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrie (hors chirurgie dentaire)	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier (2)		Frais réels							
Transport du malade (sauf cures thermales)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Lit d'accompagnement (maxi 15 jours par an)		-	10€/jour	10€/jour	15€/jour	15€/jour	20€/jour	20€/jour	25€/jour
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision (maxi 15 jours par an)		-	5€/jour						
SOINS COURANTS									
Consultation de médecins spécialistes et	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
généralistes, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Radiologue, imagerie, échographie, actes de techniques médicaux ATM, laboratoires	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Hospitalisation à domicile		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses, auxiliaires médicaux		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : - prothèses et appareillages (autres que dentaires et auditifs) - complément pour petit appareillage, forfait par an		100%	100% 30€	100% 50€	100% 75€	100% 100€	100% 125€	100% 150€	100% 200€
Médicaments et homéopathie pris en charge par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
OPTIQUE									
Forfait optique <sup>(4)</sup> équipement complet rembour-	2 verres simples	100%	100€	150€	200€	250€	300€	350€	400€
sé par le RB : 2 verres + montures tous les 2 ans par assuré (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue tous les ans) (de classe A, B ou mixtes à compter du 01/01/2020	1 verre simple et un verre complexe, deux verres complexes ou très complexes	100%	200€	250€	300€	350€	400€	450€	500€
Suppléments et prestations		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait annuel pour lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO		100% (5)	50€	75€	100€	125€	150€	175€	200€
Chirurgie réfractive de l'œil, forfait par an et par œil		-	100€	150€	200€	225€	250€	275€	300€
Equipements 100% SANTÉ (verres et montures de classe A)		Rembst intégral							
DENTAIRE (par an et par bénéficiai	re)								
Soins pris en charge par le RO (dont Inlays, onlays, scellement des sillons) (hors panier de soins 100% santé)		100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie pris en charge par le RO (hors panier de soins 100% santé)		100%	150%	200%	250%	275%	300%	350%	400%
Orthodontie prise en charge par le RO		100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
Dentaire non pris en charge par le RO (implants non pris en charge, orthodontie pour adulte)		-	100€	150€	200€	250€	300€	350€	400€
Plafond de remboursement (sur l'ensemble du poste dentaire hors soins y compris montants remboursés dans le panier 100% Santé) - Au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur		-	-	800€/an	1 000€ / an	1 000€ / an	1 200€ / an	1 400€ / an	1 600€ ⁄an
Soins et prothèses 100% SANTE Dentaire		Rembst intégral							

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base (R B). Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base sauf pour l'équipement optique ou les forfaits en euros intègrent l'éventuelle part du régime de base à compter du 01/01/2020. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie. Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Pour les aides auditives, à compter du 01/01/2021, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée. Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances vises à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.





# Liberteo 100% Santé Option Eco tableau des garanties

		NIVEAU 1 85 ans	NIVEAU 2 85 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans	NIVEAU 7 85 ans	NIVEAU 8 85 ans
AIDES AUDITIVES									
Appareillages - Prothèses auditives - Aide auditive de Classe I jusqu'au 31/12/2020 et Aide auditive de Classe II, prises en charge par le régime de base		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait appareil auditif (par an) - hors 100% santé		-	100€	200€	300€	400€	500€	600€	700€
Equipements 100% SANTE Prothèses Auditives (classe I) A compter du 01/01/2021		Rembst intégral							
PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE									
Cure thermale prise en charge par le RO	Honoraires dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Honoraires Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
	Frais d'établissement	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Transport et hébergement (par an)	100%	50€	100€	150€	175€	200€	250€	300€
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, homéopathe, acupuncteur, pédicure, mésothérapeute, réflexologue, podologue, diététicien, nutritionniste (maxi 40€ / consultation)			80€ / an	80€ / an	120€ / an	120€ / an	160€ / an	160€ / an	200€ / an
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SERVICES INCLUS									
Assistance accompagnement		oui							
Tiers payant		oui							
Télémédecine (5 consultations / an / pers.)		oui							
Réseaux de soins		oui							
Décompte en ligne et espace adhérent		oui							

- (1) Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.
- (2) Illimité. Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- (3) Durée limitée à 90 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique, et limité à 30 jours les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence ou de rééducation...) consécutifs à une hospitalisation. SONT EXCLUS de la garantie : les séjours en gérontologie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).
- (4) Les forfaits versés intègrent l'éventuelle part du régime de base. La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur (de 16 ans au plus) ou en cas d'évolution de la vue ou la période est réduite à un an. De plus, le renouvellement de l'équipement s'applique par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 100€ (hors Classe A).

Corrections visuelles (définition contrat responsable) :

#### Correction simple:

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre 6.00 et + 6.00 dioptries :
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries Correction complexe:

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

#### Correction très complexe :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- (5) Pour le niveau 1, seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement.
- \* OPTAM / OPTAM-CO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.
- \* Exclu si option ECO
- Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre d'équipements de qualité sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, auditif définies par décret.



# OPTION ÉCO

Lors de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire cette option afin de choisir la formule la mieux adaptée à votre situation. Cette option s'applique à toutes les formules (de 2 à 8), sauf à la formule 1. Une réduction de cotisation s'applique si cette option est choisie. Elle concerne la totalité des assurés désignés au certificat d'adhésion sur le bloc indissociable des garanties ci-après : chambre particulière et médicaments prescrits non remboursés (y compris vaccins et contraceptifs). En conséquence, les garanties mentionnées ci-dessus ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent. Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire à l'option Eco à l'issue des 12 mois complets d'assurance après votre adhésion, ou de votre dernière modification de formule de garanties moyennant un préavis de deux mois au moins. Suite à la première adhésion à l'option ECO, toute résiliation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à ces options sera exclue.

# **LES + DE LIBERTEO**



Des économies réelles pour votre budget

- ✓ Pas d'avance de frais grâce au tiers payant
- Des tarifs négociés auprès d'un réseau de partenaires
- ✓ Des réductions sur les produits optiques, dentaires et auditifs



Une souscription simple et rapide

- ✓ Une prise d'effet immédiate
- ✓ Pas de questionnaire de santé
- ✓ Une garantie à vie
- Un conseiller dédié



Des économies réelles pour votre budget

- ✓ Un produit compatible 100% Santé
- ✓ Des consultations en télémédecine 7j/7 et 24h/24
- ✓ Un réseau de soins complet et innovant

- ✓ Une assistance complète incluse
- ✓ Des appli pour prendre RDV en ligne et calculer le reste à charge
- ✓ Un espace adhérent sécurisé



Élu parmi les meilleurs contrats de mutuelle Santé en 2020 label décerné par les Dossiers de l'Épargne, organisme indépendant.

Vous souhaitez davantage de renseignements? Contactez un de nos conseillers:



01 83 77 57 30



conseillersante@afiassurances.fr



## LE RÉSEAU DE SANTÉ



Notre réseau de soins qui offre la garantie de la qualité au meilleur prix!



# Réseau Optique

3350 partenaires et 45 centres de chirurgie réfractive



### Réseau Dentaire

2 600 partenaires et 50 chirurgiens en Implantologie dentaire



# Réseau Audioprothèse

800 centres

6 J/7

# Une plateforme téléphonique ouverte 6j/7

pour vous renseigner:

lundi au vendredi : 9h - 19h30 samedi : 9h - 17h

## LES AVANTAGES SANTÉCLAIR:

Exclusivilé CLAIR

- Jusqu'à -40% \* sur tous les verres et traitements des 3 grands verriers Carl Zeiss Vision, Essilor et Seiko Optical.
- -15 à -20%\* sur les prothèses dentaires et l'orthodontie.
- Environ -35%\* sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs.
- -15%\* sur les consultations de 380 diététiciennes et 360 ostéopathes et chiropracteurs.
- -5% de remise sur le coaching sportif (cours individuel ou semi-collectif, à domicile, en extérieur ou en salle de sport).

## LES SERVICES SANTÉCLAIR:



Analyse de devis



Géolocalisation des partenaires



Téléconsultation (5x / pers. / an)



Calcul du reste à charge



Prise de RDV en ligne



**Coaching nutrition** 



Conseil en automédication



Service de deuxième avis médical



Coaching sommeil



<sup>\*</sup> Par rapport au prix moyen du marché. Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de santé partenaires Santéclair et les tarifs pratiqués par les professionnels de la santé non partenaires Santéclair en 2017-2018.

# **Assurance Complémentaire Santé**

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurances: MILTIS - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité.

Co-concepteur: AFI assurances – Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n° 07 027 969 et régi par le Code des assurances

Garantie: LIBERTEO 100% SANTÉ

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 cette garantie 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 « Liberteo 100% Santé » est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable.



#### Qu'est-ce qui est assuré?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.

Les garanties de base, prévues sur l'ensemble des niveaux, sont les suivantes:

- ✓ Hospitalisation et maternité : Frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, transport (hors cures thermales).
- Soins courants: Consultations médicales, actes d'obstétrique, d'anesthésie, de chirurgie; radiologue, imagerie, échographie, actes techniques médicaux ATM, laboratoires; hospitalisation à domicile ; analyses, auxiliaires médicaux.

#### Pharmacie:

Médicaments et homéopathie pris en charge par le régime obligatoire.

- Optique: Équipement optique, lentilles prises en charge par le régime obligatoire, 100% santé optique.
- ✓ Dentaire : Soins dont inlays, onlays, scellement des sillons), prothèses dentaires, inlays-core, implantologie et orthodontie pris en charge par le régime de base, 100% Santé dentaire
- ✓ Appareillage et prothèses médicales : Prothèses et appareillage (autres que dentaires et audio).
- ✓ Aides auditives : Prothèses auditives, 100% Santé Prothèses auditives.
- Prévention et bien-être : Cure thermale prise en charge par le régime obligatoire (honoraires, frais d'établissement, transport et hébergement), prise en charge de tous les actes de prévention prévus dans le contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006).

Les garanties complémentaires, prévues uniquement sur les niveaux 2 à 8, sont les suivantes :

- Hospitalisation et maternité: chambre particulière, lit d'accompagnement, confort hospitalier (tel, internet, télévision).
- Pharmacie: médicaments non pris en charge par le régime obligatoire (y compris vaccins et contraceptifs).



### Qu'est-ce qui est assuré (suite)?

Les garanties complémentaires, prévues sur les niveaux 2 et 8, sont les suivantes (suite):

- Optique: Forfait annuel pour lentilles prescrites non prises en charge par le régime obligatoire ; chirurgie réfractive de l'œil (par an et œil).
- **Dentaire:** Implants ou orthodontie adulte non pris en charge par le régime obligatoire.
- Appareillage et prothèses médicales : Complément pour petit appareillage.
- Prévention et bien-être : médecine naturelle.

La garantie optionnelle, prévue sur les niveaux 2 à 8 uniquement, est la suivante:

Option éco : réduction de cotisation contre une non-prise en charge d'un bloc indissociable de garanties souscrites (chambre particulière et médicaments prescrits non prise en charge par le régime obligatoire).

Les services prévus sur l'ensemble des niveaux sont les suivants :

- Assistance accompagnement,
- Tiers payant,
- Télémédecine,
- Réseaux de soins,
- Décompte en ligne.

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



# Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

- 🖊 Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - Dans les établissements et services sociaux.
  - Dans les établissements médico-sociaux et médicopédagogiques.
  - Dans les établissements ou unités de longs séjours.
  - Dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
- Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

#### **AFI** assurances

Société de courtage en assurances, régie par le Code des Assurances. N. ORIAS 07 027 969 - Siège social : 12, rue du Bois Guillaume 91055 Evry-Courcouronnes Cedex SAS au capital de 10 000€ - Société inscrite au registre du commerce d'Evry-Courcouronnes B404414583 - APE 6622Z



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

#### Les principales restrictions du contrat responsable sont les suivantes :

- La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites 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.

#### Les principales restrictions sont les suivantes :

#### Hospitalisation et maternité :

- Prise en charge limitée au ticket modérateur et au forfait hospitalier dans les 30 jours suivants la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.
- Forfait journalier hospitalier: exclusion en gérontologie, unités de soins longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- Chambre particulière : limitée à 90 jours par an (hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique) ou 30 jours (séjours en soins de suite consécutifs à une hospitalisation) et exclue en gérontologie, unités de soins longue durée et établissement pour personnes âgées, en établissement médicosociaux, établissement ne relevant des soins de suite et réadaptation, les séjours en milieu spécialisé, en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).
- Lit d'accompagnement et confort hospitalier : prise en charge limitée à 15 jours par an.
- ! Optique : monture prise en charge à hauteur de 100€ et un équipement tous les deux ans (réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue), (hors classe A).
- Dentaire: plafonds de remboursement (hors soins) pour les niveaux 2 à 8.
- Prévention et bien-être : limité à 40€ par consultation de médecine naturelle.
- Séjours à l'étranger : prise en charge de soins à l'étranger à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française lors de séjours n'excédant pas trois mois par an.
- ! Option Eco : toute résiliation est définitive et empêche de souscrire à nouveau à la présente option.



#### Où suis-je couvert?

- Pour les frais engagés en France métropolitaine (pour les résidents à titre principal en France métropolitaine et Corse).
- Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



#### Quelles sont mes obligations?

#### Sous peine de nullité du contrat l'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

- Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion indiquant la formule de garantie choisie et les éventuels ayants-droit à garantir ;
- Etre affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

- Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans les 15 jours qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des évènements suivants : changement d'état civil ou perte de qualité d'ayant-droit, changement d'affiliation au régime obligatoire, changement de domicile ou départ de France pour plus d'un an, changement ou cessation de profession, changement du département de résidence, changement de compte bancaire débité, existence ou cessation de garanties similaires auprès d'un autre assureur.
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- En cas de sinistre : fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



#### Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat. Un paiement fractionné peut être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel).

Le paiement peut être effectué par chèque (paiement annuel uniquement) ou prélèvement bancaire.



#### Quand commence la couverture et quand prend-elle fin?

L'adhésion est fixée au plus tôt le jour de la réception du dossier complet au siège d'AFI Assurances (gestionnaire du contrat).

L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours selon les modalités de la vente à distance ou du démarchage à domicile.

Le contrat est conclu pour l'année d'adhésion en cours et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à sa date d'échéance principale du mois sauf résiliation par l'un des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



#### Comment puis-je résilier le contrat ?

Le membre participant peut résilier son adhésion en utilisant tout support énuméré à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, adressé au siège de AFI Assurances, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY Cedex.

- A la date d'échéance principale du contrat, au moins deux mois avant cette date.
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat et dans les conditions fixées au contrat.
- A la suite d'une modification du contrat d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assure
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.

#### **AFI** assurances

Société de courtage en assurances, régie par le Code des Assurances. N. ORIAS 07 027 969 - Siège social : 12, rue du Bois Guillaume 91055 Evry-Courcouronnes Cedex SAS au capital de 10 000€ - Société inscrite au registre du commerce d'Evry-Courcouronnes B404414583 - APE 6622Z