



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Mutuelle Santé**

**IPIID**

Insurance Product Information Document

**Comparez les offres**

**[www.mongustave.fr](http://www.mongustave.fr)**

# Assurance complémentaire santé

## Document d'information sur le produit d'assurance

SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS) Entreprise régie par le code des Assurances RCS Nanterre N° 322 215 021

Produit : **SANTE SENIOR** Référencé sous les N° A7001 0001 - A7001 0002

Ce document d'information vous 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 précontractuelle et contractuelle, notamment les niveaux de remboursement qui seront détaillés dans les tableaux de garanties.

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

Le contrat complémentaire santé est destiné à compléter les prestations versées par la Sécurité Sociale à l'occasion d'une maladie ou d'un accident, dans la limite des frais réellement exposés, pour le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat. Ce produit d'un niveau **1 à 5 complété le cas échéant, de 2 sur complémentaires**, respecte les conditions légales des contrats responsables et est éligible au dispositif fiscal Madelin.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

#### LES GARANTIES PRÉVUES dans votre garantie de base :

##### Hospitalisation y compris à domicile

- ✓ Honoraires y compris à l'étranger
- ✓ Frais de séjour
- ✓ Forfait hospitalier Journalier
- ✓ Forfait patient Urgence
- ✓ Frais de transport
  - Chambre particulière
  - Réadaptation fonctionnelle, rééducation, SSR (soins de suite et réadaptation), convalescences
  - Frais d'accompagnement et de confort (TV, TEL, INTERNET...)

##### Soins courants

- ✓ Consultations/visites, Radiologie, Analyses biologiques,
- ✓ Frais médicaux à l'étranger
- ✓ Honoraires paramédicaux
- ✓ Pharmacie (65%)
  - Pharmacie (30%, 15%)
  - Consultations non remboursées par la Sécurité Sociale (ostéopathes, pédicures, podologies, acupuncteurs...)

##### Optique

- ✓ 100% Santé
- ✓ Lunettes (monture et verres) hors dispositif 100% Santé
  - Lentilles de contact
  - Chirurgie réfractive

##### Dentaire

- ✓ 100% Santé
- ✓ Soins et radiologie dentaires
- ✓ Prothèses dentaires hors dispositif 100% Santé
- ✓ Orthodontie
  - Actes dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale (implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie)

##### Audiologie

- ✓ Equipement 100% Santé
- ✓ Aides auditives hors dispositif 100% Santé

##### Appareillage

- ✓ Matériel médical (Prothèses, fournitures et accessoires)

##### Bien-être

- ✓ Dépistage et actes de prévention remboursés
  - Dépistage et actes de prévention non remboursés
  - Cures thermales

#### Garanties accordées par la(es) sur complémentaire(s) :

- Complément de garanties sur l'ensemble des postes, y compris pour le 100% Santé à partir du niveau 3

Les garanties précédées de la coche verte ✓ sont systématiquement accordées dans le contrat de base.

Les garanties non cochées sont accordées à partir du niveau 3.

#### LES SERVICES EN PLUS

- Tiers-payant Almeyers
- Assistance et téléconsultation Mondial Assistance, en inclusion au contrat de base



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ 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 la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).



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

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

- ! La majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins prévue à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale.
- ! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.
- ! Une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale.
- ! Les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT :

- ! Chambre particulière : limitation du nombre de jour de prise en charge dans les disciplines spécialisées.
- ! Postes de garanties incluant un forfait : prise en charge limitée annuellement.
- ! Médecines douces : limitation du nombre de séances prises en charge annuellement
- ! Les limitations de la garantie Santé sont mentionnées dans le tableau des garanties du contrat ou au bas de celui-ci pour les formules de garanties concernées par les limitations.

En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.

**Non exhaustif. La liste complète des exclusions se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.**



## Où suis-je couvert(e) ?

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et /ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient.



## Quelles sont mes obligations ?

- **Lors de l'adhésion au contrat :**
  - Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur.
  - Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
  - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat :**
  - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
  - Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité Sociale.
  - Informer l'assureur dans les 30 jours qui suivent la connaissance d'un des événements suivants :
    - 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, retraite.
    - Changement de profession ou situation professionnelle : 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.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Le règlement des cotisations, sur l'ensemble des moyens de paiement disponibles, s'effectuera prioritairement par prélèvement automatique. Il est possible de demander, sans frais supplémentaires, un fractionnement du paiement de la cotisation au semestre, au trimestre ou au mois. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, le défaut de paiement d'une seule fraction dans les quinze jours de son échéance, entraîne l'exigibilité immédiate de l'intégralité de la cotisation annuelle. En cas de non-paiement au-delà de ce délai, et après une mise en demeure restée sans effet, l'assureur pourra être amené à résilier le contrat.



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

**La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.** Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

Le contrat est souscrit pour une période de douze mois à compter de la date d'effet. Il est ensuite reconduit tacitement chaque année à compter de la date anniversaire du contrat et prend fin à la date de résiliation du contrat selon les délais et modalités prévus dans conditions générales.



## Comment puis-je résilier mon contrat ?

L'adhésion peut être résiliée :

- A l'échéance anniversaire de la date de sa prise d'effet, moyennant l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi électronique adressé avec un préavis de 2 mois avant la date de renouvellement annuel, au Gestionnaire : CERGAP- 7 rue Jean Perrin BP 20007 Luisant – 28633 GELLAINVILLE CEDEX.
- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'Assureur refuse de déduire ses cotisations en conséquence (article L.113-4 du Code des assurances).
- En cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 4 des conditions générales.
- Le contrat peut être résilié à tout moment moyennant de respect d'un préavis d'un mois et sous réserve que le contrat ait plus de 1 an (art. L 113-15-2 du code des assurances).

Les demandes de résiliation s'effectuent par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, ou pour par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

**L'ajustement, à l'échéance principale, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.**