



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Mutuelle Santé**

**IPID**

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

Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° SIREN 781166293

6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9

Produit : COMPETITIVE 500



**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 précontractuelle 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 d'Assurance Complémentaire Santé "COMPETITIVE 500" est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau panier de soins "100% Santé" ou "Reste à charge 0" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse, applicable au 01/01/2020 et au 01/01/2021 pour les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives. Le produit n'est pas éligible à la Loi Madelin. Il inclut également des services associés



## QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, 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, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge.

### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, forfait hospitalier illimité, frais de séjour et transport
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge à 65% par le Régime Obligatoire (RO), matériel médical
- ✓ **Frais optiques** : équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Lentilles prises en charge par le RO
- ✓ **Frais dentaires** : Soins et prothèses dentaires selon les paniers 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres et orthodontie prise en charge par le RO
- ✓ **Aides auditives** : équipement selon les paniers 100% Santé et Honoraires libres
- ✓ **Cure thermale prise en charge par le RO** : frais médicaux, de séjours et de transport
- ✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. conditions générales d'utilisation "Téléconsultation médicale")
- ✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et en soins courants
- ✓ Actes de prévention conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/2006

### LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS \*

✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent,

✓ Bonus coup-dur\* jusqu'au 31/12/2020

#### **A compter du 01/01/2021 :**

- ✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)
- ✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)
- ✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)

\* soumis à condition (cf. notice d'information)

*Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.*



## QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
- X les médicaments à Service Médical Rendu (SMR) faible (remboursés à 15% et 30% BR par le RO)
- X le forfait journalier hospitalier exclu en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
- X la chambre particulière
- X les frais d'accompagnant



## Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

### LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :

- ! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires
- ! 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 aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)
- ! **Optique** : prise en charge d'un équipement (monture et verres) tous les deux ans, réduite pour les mineurs en fonction de leur âge ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue
- ! **Aides auditives** : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive

### PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Hospitalisation** : Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en centres de long séjour, en établissements spécialisés et lors d'une gastroplastie
- ! **Dentaire** : limitation des remboursements dentaires à un plafond annuel (hors soins et panier 100% Santé) à 1 200 € par an les 2 premières années d'adhésion et 2 200 € les suivantes. Au-delà remboursement à hauteur du TM.



## OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
- ✓ 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.
- ✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

**Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)**

### À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de votre contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

### En cours de contrat :

- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des événements suivants dès que vous en avez connaissance :
  - => changement 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
  - => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

### En cas de sinistre :

- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

### Votre contrat prend effet :

- à la date précisée sur votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre contrat ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion. La prise d'effet de votre adhésion est matérialisée par la signature de votre bulletin d'adhésion.

Le contrat est renouvelé tacitement à son échéance fixée au 31 décembre de chaque année, sauf dénonciation ou résiliation.

### Votre contrat prend fin :

- en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile: vous pouvez, si vous le souhaitez, renoncer à votre adhésion en nous adressant une lettre recommandée. Vous disposez, pour ce faire, d'un délai de 14 jours calendaires qui commence à courir à compter du jour où votre contrat a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où vous avez reçu l'ensemble de la documentation contractuelle
- en cas de fausses déclarations intentionnelles
- en cas de résiliation de votre contrat auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

### Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance de votre contrat, soit au 31 décembre de chaque année, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre;
- lorsque l'avis d'échéance annuel de vos cotisations vous est adressé moins de 15 jours avant votre délai de préavis pour résilier votre contrat ou après cette date, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de votre avis d'échéance pour dénoncer votre contrat;
- en cas de changement de votre situation : changement de domicile, changement de régime, changement de situation matrimoniale, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, dont vous devez nous fournir les justificatifs. La fin de votre adhésion interviendra dans ce cas dans les 3 mois suivant la date de l'évènement ou de sa révélation. Elle prendra effet le premier jour du mois suivant la notification;
- à compter du 1er décembre 2020, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification.

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° SIREN 781 166293

6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9


Produit : ESSENTIEL 100



**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 précontractuelle 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 d'Assurance Complémentaire Santé "ESSENTIEL 100" est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé d'hospitalisation restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit ne respecte pas les conditions légales du contrat responsable et n'est pas éligible à la loi Madelin. Il propose également des options facultatives et des services associés.

 **QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?**

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, 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**

- ✓ **Hospitalisation** : soins et actes médicaux ou chirurgicaux, appareillage et pharmacie, frais de séjour et forfait journalier hospitalier
- ✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €
- ✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. conditions générales d'utilisation "Téléconsultation médicale")

**LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS\***


- ✓ Tiers-payant, réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent
- ✓ Bonus coup-dur \* jusqu'au 31/12/2020

**A compter du 01/01/2021 :**

- ✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)
- ✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)
- ✓ Protection Juridique (droit de la vie privée, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)

\*soumis à condition (cf. notice d'information)

*Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.*

 **QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?**

- X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
- X les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - en établissements non conventionnés
  - en centres de long séjour
  - en établissements spécialisés
  - lors de gastroplastie (anneaux gastriques, By pass...)
  - en établissements de cures thermales
- X les médicaments à Service Médical Rendu (SMR) fort, modéré et faible (remboursés de 15% à 65% par le RO)
- X les soins courants et prescriptions médicales
- X les frais optiques
- X les frais dentaires
- X l'appareillage auditif
- X les garanties de confort : médecines douces, cures thermales, contraception...
- X la chambre particulière
- X les frais d'accompagnant
- X les transports médicaux

 **Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?**

**LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :**

- ! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires
- ! la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
- ! la garantie ne répond pas aux obligations du contrat responsable

**PRINCIPALES RESTRICTIONS :**

- ! **Hospitalisation** : Limitation du Forfait Journalier Hospitalier à 60 jours en médecine et chirurgie ; et limitation à 30 jours en soins de suite et de réadaptation

**Délais d'attente**

Sauf présentation d'un certificat de radiation délivré par l'organisme complémentaire précédant dans un délai de 6 mois à compter de la date d'adhésion :

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus :

- délai d'attente de 3 mois pour la garantie Hospitalisation en cas de maladie (pas de délai d'attente en cas d'accident)
- dans le cas d'un ajout d'un ayant droit âgé de + de 65 ans, délai d'attente pour l'ayant droit ajouté sur le contrat quel que soit l'âge de l'adhérent principal



## OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
- ✓ 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.
- ✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

**Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)**

### À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude le formulaire de souscription sous peine de nullité du contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

### 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 régime obligatoire
- informer l'assureur des événements suivants dès que vous en avez connaissance :
  - => changement 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
  - => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification de votre contrat et de vos cotisations

### En cas de sinistre :

- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

### Votre contrat prend effet :

- à la date précisée sur votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre contrat ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion. La prise d'effet de votre adhésion est matérialisée par la signature de votre bulletin d'adhésion. Le contrat est renouvelé tacitement à son échéance fixée au 31 décembre de chaque année, sauf dénonciation ou résiliation.

### Votre contrat prend fin :

- en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile: vous pouvez, si vous le souhaitez, renoncer à votre adhésion en nous adressant une lettre recommandée. Vous disposez, pour ce faire, d'un délai de 14 jours calendaires qui commence à courir à compter du jour où votre contrat a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où vous avez reçu l'ensemble de la documentation contractuelle
- en cas de fausses déclarations intentionnelles
- en cas de résiliation de votre contrat auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

### Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance de votre contrat, soit au 31 décembre de chaque année, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre ;
- lorsque l'avis d'échéance annuel de vos cotisations vous est adressé moins de 15 jours avant votre délai de préavis pour résilier votre contrat ou après cette date, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de votre avis d'échéance pour dénoncer votre contrat ;
- en cas de changement de votre situation : changement de domicile, changement de régime, changement de situation matrimoniale, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, dont vous devez nous fournir les justificatifs. La fin de votre adhésion interviendra dans ce cas dans les 3 mois suivant la date de l'évènement ou de sa révélation. Elle prendra effet le premier jour du mois suivant la notification ;
- à compter du 1er décembre 2020, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification.

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° SIREN 781166293

6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9


Produit : ESSENTIEL 200+





**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 précontractuelle 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 d'Assurance Complémentaire Santé "ESSENTIEL 200+" est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé d'hospitalisation restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit ne respecte pas les conditions légales du contrat responsable et n'est pas éligible à la loi Madelin. Il propose également des options facultatives et des services associés.

 QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?
<p>Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, 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.</p> <p><b>LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Hospitalisation</b> : soins et actes médicaux ou chirurgicaux, appareillage et pharmacie, frais de séjour et forfait journalier hospitalier</li><li>✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €</li><li>✓ <b>Téléconsultation Médicale</b> (cf. conditions générales d'utilisation "Téléconsultation médicale")</li></ul> <p><b>LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS*</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Tiers-payant, réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent</li><li>✓ Bonus coup-dur * jusqu'au 31/12/2020</li></ul> <p><b>A compter du 01/01/2021 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)</li><li>✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)</li><li>✓ Protection Juridique (droit de la vie privée, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)</li></ul> <p>*soumis à condition (cf. notice d'information)</p> <p><i>Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.</i></p>

 QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?
<ul style="list-style-type: none"><li>X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat</li><li>X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail</li><li>X les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :<ul style="list-style-type: none"><li>- en établissements non conventionnés</li><li>- en centres de long séjour</li><li>- en établissements spécialisés</li><li>- lors de gastroplastie (anneaux gastriques, By pass....)</li><li>- en établissements de cures thermales</li></ul></li><li>X les médicaments à Service Médical Rendu (SMR) fort, modéré et faible (remboursés de 15% à 65% par le RO)</li><li>X les soins courants et prescriptions médicales</li><li>X les frais optiques</li><li>X les frais dentaires</li><li>X l'appareillage auditif</li><li>X les garanties de confort : médecines douces, cures thermales, contraception...</li><li>X la chambre particulière</li><li>X les frais d'accompagnant</li></ul>

 Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?
<p><b>LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires</li><li>! la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins</li><li>! la garantie ne répond pas aux obligations du contrat responsable</li></ul> <p><b>PRINCIPALES RESTRICTIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>! <b>Hospitalisation</b> : Limitation du Forfait Journalier Hospitalier à 60 jours en médecine et chirurgie ; et limitation à 30 jours en soins de suite et de réadaptation</li></ul> <p><b>Délais d'attente</b></p> <p>Sauf présentation d'un certificat de radiation délivré par l'organisme complémentaire précédant dans un délai de 6 mois à compter de la date d'adhésion :</p> <p>Pour les personnes âgées de 65 ans et plus :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- délai d'attente de 3 mois pour la garantie Hospitalisation en cas de maladie (pas de délai d'attente en cas d'accident)</li><li>- dans le cas d'un ajout d'un ayant droit âgé de + de 65 ans, délai d'attente pour l'ayant droit ajouté sur le contrat quel que soit l'âge de l'adhérent principal</li></ul>



## OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
- ✓ 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.
- ✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

**Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)**

### À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude le formulaire de souscription sous peine de nullité du contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

### 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 régime obligatoire
- informer l'assureur des événements suivants dès que vous en avez connaissance :
  - => changement 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
  - => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification de votre contrat et de vos cotisations

### En cas de sinistre :

- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

### Votre contrat prend effet :

- à la date précisée sur votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre contrat ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion. La prise d'effet de votre adhésion est matérialisée par la signature de votre bulletin d'adhésion.

Le contrat est renouvelé tacitement à son échéance fixée au 31 décembre de chaque année, sauf dénonciation ou résiliation.

### Votre contrat prend fin :

- en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile: vous pouvez, si vous le souhaitez, renoncer à votre adhésion en nous adressant une lettre recommandée. Vous disposez, pour ce faire, d'un délai de 14 jours calendaires qui commence à courir à compter du jour où votre contrat a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où vous avez reçu l'ensemble de la documentation contractuelle
- en cas de fausses déclarations intentionnelles
- en cas de résiliation de votre contrat auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

### Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance de votre contrat, soit au 31 décembre de chaque année, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre ;
- lorsque l'avis d'échéance annuel de vos cotisations vous est adressé moins de 15 jours avant votre délai de préavis pour résilier votre contrat ou après cette date, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de votre avis d'échéance pour dénoncer votre contrat ;
- en cas de changement de votre situation : changement de domicile, changement de régime, changement de situation matrimoniale, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, dont vous devez nous fournir les justificatifs. La fin de votre adhésion interviendra dans ce cas dans les 3 mois suivant la date de l'évènement ou de sa révélation. Elle prendra effet le premier jour du mois suivant la notification ;
- à compter du 1er décembre 2020, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification.

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° SIREN 781166293

6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9

Produit : SERENITE 500 ou SERENITE 500+



**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 précontractuelle 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 d'Assurance Complémentaire Santé "SERENITE 500" ou "SERENITE 500+" est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau panier de soins "100% Santé" ou "Reste à charge 0" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse, applicable au 01/01/2020 et au 01/01/2021 pour les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives. Le produit n'est pas éligible à la Loi Madelin. Il inclut également des services associés



## QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, 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, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge.

### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, forfait journalier hospitalier illimité, frais des séjours, transport, chambre particulière si option souscrite et frais d'accompagnant
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge à 65% ou 30% par le Régime Obligatoire (RO), matériel médical
- ✓ **Frais optiques** : équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO et chirurgie réfractive de l'oeil
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres et orthodontie prise en charge ou non par le RO, implantologie et parodontologie non prises en charge par le RO
- ✓ **Aides auditives** : équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres
- ✓ **Cure thermique prise en charge par le RO** : frais médicaux, de séjours et de transport
- ✓ **Bien-être et prévention non pris en charge par le RO** : médecine douce, contraceptifs féminins, vaccins et examen de densitométrie
- ✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. conditions générales d'utilisation "Téléconsultation médicale")
- ✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et en soins courants
- ✓ Actes de prévention conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/2006

### LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière en santé "Sérénité 500+"  
Ces garanties sont au choix de l'adhérent qui en acquitte les cotisations correspondantes.

### LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis\*, Assistance\*, Fonds d'action social, Espace adhérent,
- ✓ Bonus coup-dur\* jusqu'au 31/12/2020
- A compter du 01/01/2021 :
- ✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)
- ✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)
- ✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)
- \* soumis à condition (cf. notice d'information)

### Avantage

Bonus fidélité sur verres selon ancienneté dans la garantie : + 40 € entre 3 et 5 ans, + 40 € entre 6 et 10 ans, + 40 € après 10 ans

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ 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 indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les médicaments à Service Médical Rendu (SMR) faible (remboursés à 15% par le RO)
- ✗ Le forfait journalier hospitalier exclu en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
- ✗ la chambre particulière pour la garantie "Sérénité 500"
- ✗ la chambre particulière en ambulatoire pour la garantie "Sérénité 500+"
- ✗ les frais d'accompagnant en cures thermales



## Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

### LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

- ! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires
- ! 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 aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)
- ! **Optique** : prise en charge d'un équipement (monture et verres) tous les deux ans, réduite pour les mineurs en fonction de leur âge ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue
- ! **Aides auditives** : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive

### PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Hospitalisation** : Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en centres de long séjour, en établissements spécialisés et lors d'une gastroplastie
- ! **Frais d'accompagnant** : limités à 200 € par an. Exclut en cures thermales
- ! **Chambre particulière en santé "Sérénité 500+"** : limitée à 60 jours en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie.
- ! **Dentaire** : limitation des remboursements dentaires à un plafond annuel (hors soins et panier de soins 100% Santé) à 1 500 € par an les 2 premières années d'adhésion et 2 500 € les suivantes. Au-delà, remboursement à hauteur du TM
- ! **Médecine douce** : forfait annuel de 90 € limité à 30 € par séance





## OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
- ✓ 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.
- ✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

**Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)**

### À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de votre contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

### En cours de contrat :

- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des événements suivants dès que vous en avez connaissance :
  - => changement 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
  - => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

### En cas de sinistre :

- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

### Votre contrat prend effet :

- à la date précisée sur votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre contrat ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion. La prise d'effet de votre adhésion est matérialisée par la signature de votre bulletin d'adhésion.

Le contrat est renouvelé tacitement à son échéance fixée au 31 décembre de chaque année, sauf dénonciation ou résiliation.

### Votre contrat prend fin :

- en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile: vous pouvez, si vous le souhaitez, renoncer à votre adhésion en nous adressant une lettre recommandée. Vous disposez, pour ce faire, d'un délai de 14 jours calendaires qui commence à courir à compter du jour où votre contrat a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où vous avez reçu l'ensemble de la documentation contractuelle
- en cas de fausses déclarations intentionnelles
- en cas de résiliation de votre contrat auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

### Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance de votre contrat, soit au 31 décembre de chaque année, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre;
- lorsque l'avis d'échéance annuel de vos cotisations vous est adressé moins de 15 jours avant votre délai de préavis pour résilier votre contrat ou après cette date, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de votre avis d'échéance pour dénoncer votre contrat;
- en cas de changement de votre situation : changement de domicile, changement de régime, changement de situation matrimoniale, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, dont vous devez nous fournir les justificatifs. La fin de votre adhésion interviendra dans ce cas dans les 3 mois suivant la date de l'évènement ou de sa révélation. Elle prendra effet le premier jour du mois suivant la notification;
- à compter du 1er décembre 2020, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification.

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° SIREN 781166293

6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9

Produit : TRANQUILLITE 500 ou TRANQUILLITE 500+



**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 précontractuelle 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 d'Assurance Complémentaire Santé "TRANQUILLITE 500" ou "TRANQUILLITE 500+" est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau panier de soins "100% Santé" ou "Reste à charge 0" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse, applicable au 01/01/2020 et au 01/01/2021 pour les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives. Le produit n'est pas éligible à la Loi Madelin. Il inclut également des services associés



## QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, 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, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge.

### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

✓ **Hospitalisation** : honoraires, forfait journalier hospitalier illimité, frais des séjours, transport, chambre particulière si option souscrite et frais d'accompagnant

✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge à 65% ou 30% par le Régime Obligatoire (RO), matériel médical

✓ **Frais optiques** : équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO et chirurgie réfractive de l'oeil

✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres et orthodontie prise en charge ou non par le RO, implantologie et parodontologie non prises en charge par le RO

✓ **Aides auditives** : équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres

✓ **Cure thermique prise en charge par le RO** : frais médicaux, de séjours et de transport

✓ **Bien-être et prévention non pris en charge par le RO** : médecine douce, contraceptifs féminins, vaccins et examens de densitométrie osseuse

✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. conditions générales d'utilisation "Téléconsultation médicale")

✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et en soins courants

✓ Actes de prévention conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/2006

### LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière en santé "Tranquillité 500+"

Cette garantie est au choix de l'adhérent qui en acquitte les cotisations correspondantes.

### LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis\*, Assistance\*, Fonds d'action social, Espace adhérent,

✓ Bonus coup-dur\* jusqu'au 31/12/2020

A compter du 01/01/2021 :

✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)

✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)

✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)

\* soumis à condition (cf. notice d'information)

### Avantage

Bonus fidélité sur verres selon ancienneté dans la garantie : + 40 € entre 3 et 5 ans, + 40 € entre 6 et 10 ans, + 40 € après 10 ans

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



## QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat

X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail

X les médicaments à Service Médical Rendu (SMR) faible (remboursés à 15% par le RO)

X le forfait journalier hospitalier exclu en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)

X la chambre particulière pour la garantie "Tranquillité 500"

X la chambre particulière en ambulatoire pour la garantie "Tranquillité 500+"

X les frais d'accompagnant en cures thermales



## Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

### PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires

! 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 aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

! **Optique** : prise en charge d'un équipement (monture et verres) tous les deux ans, réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue

! **Aides auditives** : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive

### PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! **Hospitalisation** : Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en centres de long séjour, en établissements spécialisés lors d'une gastroplastie

! **Frais d'accompagnant** : limités à 200 € par an.

! **Chambre particulière en santé "Tranquillité 500+"** : limitée à 60 jours en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie.

! **Dentaire** : limitation des remboursements dentaires à un plafond annuel (hors soins et panier 100% Santé) à 1 500 € par an les 2 premières années d'adhésion et 2 500 € les suivantes. Au-delà, remboursement à hauteur du TM

! **Médecine douce** : forfait annuel de 60 € limité à 30 € par séance



## OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
- ✓ 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.
- ✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

**Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)**

### À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de votre contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

### En cours de contrat :

- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des événements suivants dès que vous en avez connaissance :
  - => changement 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
  - => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

### En cas de sinistre :

- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

### Votre contrat prend effet :

- à la date précisée sur votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre contrat ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion. La prise d'effet de votre adhésion est matérialisée par la signature de votre bulletin d'adhésion.

Le contrat est renouvelé tacitement à son échéance fixée au 31 décembre de chaque année, sauf dénonciation ou résiliation.

### Votre contrat prend fin :

- en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile: vous pouvez, si vous le souhaitez, renoncer à votre adhésion en nous adressant une lettre recommandée. Vous disposez, pour ce faire, d'un délai de 14 jours calendaires qui commence à courir à compter du jour où votre contrat a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où vous avez reçu l'ensemble de la documentation contractuelle
- en cas de fausses déclarations intentionnelles
- en cas de résiliation de votre contrat auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

### Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance de votre contrat, soit au 31 décembre de chaque année, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre;
- lorsque l'avis d'échéance annuel de vos cotisations vous est adressé moins de 15 jours avant votre délai de préavis pour résilier votre contrat ou après cette date, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de votre avis d'échéance pour dénoncer votre contrat;
- en cas de changement de votre situation : changement de domicile, changement de régime, changement de situation matrimoniale, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, dont vous devez nous fournir les justificatifs. La fin de votre adhésion interviendra dans ce cas dans les 3 mois suivant la date de l'évènement ou de sa révélation. Elle prendra effet le premier jour du mois suivant la notification;
- à compter du 1er décembre 2020, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification.