

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : L'ÉQUITÉ, Entreprise régie par le Code des assurances, RCS Paris B 572 084 697 - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Assistance : FRAGONARD ASSURANCES, 479 065 351 RCS PARIS

Produit : Santé L'ÉQUITÉ 2

Produit commercialisé par AssurOne Group, société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 003 778 (www.orias.fr)

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 le produit « Santé L'ÉQUITÉ 2 » dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau des garanties.

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé « Santé L'ÉQUITÉ 2 » est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

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

Le produit « Santé L'ÉQUITÉ 2 » est un produit d'Assurance Complémentaire Santé destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la 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 des contrats responsables



Qu'est ce qui est assuré ?

Ces garanties vous permettent de bénéficier du « 100 % Santé » en optique et dentaire dès 2020 et pour les aides auditives en 2021. Votre reste à charge est donc nul pour ces équipements.

En dehors des prestations concernées par le « 100 % Santé », 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. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et **une somme peut éventuellement rester à votre charge.**

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **HOSPITALISATION** : forfait journalier hospitalier, honoraires et frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné ; hospitalisation à domicile ; frais de transport.
- ✓ **SOINS COURANTS** : honoraires des médecins conventionnés et non conventionnés ; honoraires paramédicaux ; analyses et examens de laboratoire ; médicaments prescrits ; matériel médical
- ✓ **OPTIQUE** : monture et verres (équipement), lentilles acceptées ou non par le régime obligatoire ; chirurgie réfractive
- ✓ **DENTAIRE** : soins dentaires ; inlays-onlays, prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale ; orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale
- ✓ **AIDES AUDITIVES** : aides auditives, entretien de l'appareillage ;
- ✓ **Prévention et bien être** : forfait médecine douce (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie) ; accompagnement maladies chroniques (podologie, diététicien, sport prescrit et pharmacie prescrite non remboursée)

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

(selon formule choisie)

- ✗ **HOSPITALISATION** : chambre particulière ; chambre particulière en ambulatoire ; lit d'accompagnant adulte
- ✗ **DENTAIRE** : actes dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale
- ✗ **Cures thermales** : honoraires et traitements
- ✗ **Psychologie**
- ✗ **Vaccins, contraceptif, sevrage tabagique et ostéodensitométrie non remboursés par la Sécurité Sociale**
- ✗ **Forfait naissance et chambre d'inhalation bébé**

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Téléconsultation
- ✓ Tiers payant

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Aide-ménagère, auxiliaire de vie, garde d'enfant, garde d'animaux en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours
- ✓ Assistance aux personnes (rapatriement ou transport sanitaire, frais médicaux d'urgence à l'étranger, frais d'hébergement, transport de corps).



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 de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
 - ✗ Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.
 - ✗ Les séjours en maison d'accueil spécialisé et en EHPAD
- Cette liste n'est pas exhaustive.**



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes 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 ;

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : prise en charge limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en convalescence, rééducation, maison de repos. Non prise en charge en psychiatrie, MAS et EPHAD.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour en mineur ou en cas d'évolution de la vue ; forfait monture et verre jusqu'à 470 € / an (avant bonus fidélité)
- ! **Dentaire** : plafond annuel selon la formule hors renforts
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un équipement complet tous les 4 ans.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties d'assurance (frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation) s'exercent en France métropolitaine.
- ✓ Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le remboursement des prestations se fait sur la base des remboursements du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée et dans tous les cas en France et en euros
- ✓ Pour l'assistance : en France métropolitaine et lors d'un déplacement privé à l'étranger n'excédant pas 90 jours consécutifs dans le monde entier à l'exclusion des Pays non couverts pour les personnes.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur
- Être adhérent(e) à l'Association GPMA
- Résider en France métropolitaine
- Relever d'un régime obligatoire français d'assurance maladie en tant qu'assuré principal ou ayant droit
- Être âgé à l'adhésion de 18 à 85 ans inclus
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;

En cours de vie du contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements. :
 - 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,
 - Changement de profession : 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.

En cas de sinistre :

- Faire parvenir 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 par la Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance pour une durée d'un an, à la date indiquée dans le contrat, auprès de l'assureur ou de son représentant. Elles sont ensuite payables chaque année dans les dix jours à compter de l'échéance principale du contrat. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé. Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat). Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation doit être demandée notamment par lettre ou tout autre support durable, dans les cas et conditions prévues au contrat.

L'assuré peut mettre fin à son contrat notamment :

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant une lettre recommandée à l'assureur ou à son représentant au moins deux mois avant cette date,

- en cas de modification de sa situation personnelle ou professionnelle

- en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur

Sous réserve que le contrat couvre le souscripteur en tant que personne physique en dehors de toutes activités professionnelles, la résiliation peut aussi être demandée :

- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, sans frais ni pénalité

- chaque année lors du renouvellement du contrat, dans les 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance.