

# Assurance Mutuelle Santé Individuelle Séniors

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

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

#### Compagnie MUTUELLE DE L'EST

Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le code des Assurances

Réassurée avec caution solidaire par le GAMEST, Union porteuse de l'agrément N°4031208

#### Produit : SANTE SENIOR - DG SANTESEN\_GAM\_0724



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. Les niveaux de remboursement sont précisés dans le tableau de garanties inclus dans la documentation précitée.

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

Le produit santé senior est destiné à rembourser les frais de santé et les frais d'hospitalisation restant à la charge de l'assuré âgé de 65 ans et plus ainsi qu'aux des éventuels bénéficiaires après intervention du Régime Obligatoire.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

**Les garanties et services ont des plafonds de remboursements différents, indiqués au contrat.**

#### LES GARANTIES

Remboursement total ou partiel, selon les cas, des dépenses de santé, consécutives à une maladie, un accident, en complément des prestations versées par le régime obligatoire d'assurance maladie :

- ✓ **HOSPITALISATION**
  - Frais de séjour
  - Honoraires médicaux et chirurgicaux
  - Forfait journalier
  - Transport
- ✓ **SOINS MEDICAUX COURANTS**
  - Consultations + visites médicales + analyses + radiologie
  - Auxiliaires médicaux
  - Pharmacie remboursée par le RO
  - Prothèses orthopédiques, mammaires et capillaires
- ✓ **DENTAIRE**
  - Soins dentaires
  - Prothèses dentaires au titre du panier « 100% santé » et au titre du panier « tarifs libres »
- ✓ **OPTIQUE**
  - Équipement simple, complexe ou très complexe relevant du panier « 100% Santé »
  - Équipement simple, complexe ou très complexe relevant du panier « tarif libre »
  - Lentilles remboursées ou non par le régime Obligatoire
- ✓ **AIDES AUDITIVES :**
  - Aides auditives du panier « 100% santé » et aides auditives du panier « tarifs libres » accessoires, piles et entretien
- ✓ **SOINS BIEN ÊTRE**
- ✓ **PREVENTION**

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



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet de l'adhésion
- ✗ Le remboursement des dépenses de santé ne sera pas effectué lorsque la maladie ou l'accident, les suites et conséquences, résultent :
  - De prestations non indiquées dans cette notice,
  - De dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins,
  - D'actes médicaux prescrits postérieurement à la date de cessation de la garantie, les dates des soins sur le décompte de l'Assurance Maladie faisant foi,
  - De séjours en établissements hospitaliers ne dépendant pas de l'article L 174 - 4 du Code de la Sécurité Sociale,
  - De tous les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie



### Y'a-t-il des exclusions à la couverture ?

#### LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire légale et les franchises légales sur les boîtes de médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, 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 à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

#### LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Les soins, consultations et hospitalisations consécutives à des affections mentales, psychiques ou psychiatriques sont limitées à un remboursement de 100 % du ticket modérateur.



## Où suis-je couvert(e) ?

- Les garanties s'exercent en France et dans le monde entier, pour autant que l'assurance maladie française prenne ces soins en charge.



## Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

### A la souscription du contrat :

- Répondre exactement aux questions posées 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 :

- Informer l'assureur des événements suivants de toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux, notamment :
  - Changements de la situation : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès),
  - Changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
  - Changement de profession, arrêt temporaire ou définitif de toute activité 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,
  - Demandes de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers,
  - Bénéfice d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif.

Les déclarations de l'assuré doivent parvenir à l'assureur, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements.

### En cas de sinistre :

La demande de remboursement doit parvenir à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins du Régime Obligatoire.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Les cotisations sont payables suivant les modalités prévues au contrat (prélèvement automatique, chèque, carte bancaire).



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

### Début de la couverture

Le contrat prend effet à la date indiquée sur les conditions particulières

Il 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 ?

Vous pouvez résilier votre adhésion dans les cas et délais prévus par la réglementation et par les Dispositions Générales, notamment à certaines périodes de la vie du contrat (à l'échéance principale, à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription pour les personnes physiques) et lors de la survenance de certains événements.

Conformément à l'article L113-14 du Code des Assurances, vous pouvez résilier votre adhésion par les moyens suivants :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

Ces demandes doivent être adressées au siège social de l'Assureur ou de son représentant.

Vous pouvez également notifier votre demande de résiliation par internet à l'adresse

<https://resiliation.bresse-assurances.fr/resiliation>