

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance.

Compagnie d'assurance : L'EQUITE, 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.

Produit : FLEXEE

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.

Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit FLEXEE sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit FLEXEE 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.

Le produit FLEXEE est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin pour les personnes éligibles. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.



Qu'est ce qui est assuré ?

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent **une somme peut rester à votre charge**. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties.

Formules Confort et Sérénité

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, honoraires, frais de transport ;
- ✓ **Soins courants** : honoraires, paramédicaux, laboratoires, médecines complémentaires, analyses et examens de laboratoire, médicaments remboursés par le RO à 65%, matériel médical (gros et petit appareillage) ;
- ✓ **Frais dentaire** : soins et prothèses 100% Santé, soins dentaires, chirurgie, inlays-onlays et inlay-core, parodontologie, prothèses dentaires et implantologie remboursés par le RO, orthodontie remboursée par le RO ;
- ✓ **Optique** : monture et verres de classes A ou B (équipement), lentilles (y compris lentilles jetables) ;
- ✓ **Prothèses** : prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires), prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grands appareillages ;
- ✓ **Cures thermales** : soins et honoraires de surveillance remboursés par le RO.

AUTRES GARANTIES PREVUES SELON FORMULE CHOISIE :

Chambre particulière, frais d'accompagnement, médicaments remboursés ou non par le RO, vaccins, médecines douces, abonnements de sport, lentilles et chirurgie réfractive.

Bonus fidélité sur l'équipement des paniers A et B, et équipement du panier « Maîtrisé » et « Libre ».

Garanties offertes sur la réparation de paire de lunettes et des aides auditives.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Télétransmission** : oui
- ✓ **Tiers Payant** : oui
- ✓ **Assistance** : oui

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 traitements ou interventions chirurgicales à but de rajeunissement, d'amaigrissement ou esthétique) ;
- ✗ Les séjours en cure de sommeil, de désintoxication ;
- ✗ L'aggravation de l'état de santé due à l'inobservation intentionnelle par l'assuré des prescriptions du médecin.



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

Liste non exhaustive. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire et la franchise médicale prévues dans les conditions aux II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale ;
- ! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Chambre particulière** : exclue en psychiatrie, neuropsychiatrie, alcoolisme, toxicomanie, nutrition, diététique ; limitée à 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.

! **Frais d'accompagnement** : prise en charge limitée à 15 jours maximum par an.

! **Forfait journalier hospitalier** : La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé. Le forfait journalier facturé par les établissements médicosociaux n'est jamais pris en charge.

! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

! **Aides auditives** : Prise en charge limitée à un équipement tous les quatre ans.

! **Dentaire** : Plafond dentaire entre 1 000 et 1 600 euros sur les formules les plus élevées.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger pour les accidents et maladies contractés lors de voyages ou de séjours ;
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement a lieu si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de d'adhérent s'applique.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Répondre avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées lors de votre adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'association APSE ;
- Résider en France Métropolitaine ou en Corse ;
- Être affilié ou ayant-droit d'un affilié à un Régime Obligatoire français d'assurance maladie ;
- Être âgé à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 minimum ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur.

En cours de vie du contrat :

- Déclarer à l'assureur toutes circonstances nouvelles ayant pour effet de modifier les risques déclarés lors de la souscription, ou à chaque changement de situation. Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.
- Régler la cotisation (ou la fraction de cotisation) prévue au contrat.

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 de votre Régime Obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (mensuel ou trimestriel).



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. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Il se renouvelle ensuite chaque année, par tacite reconduction. La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat dans les cas et conditions fixés dans la notice d'information.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat, en adressant une notification à l'assureur au moins deux (2) mois avant la date d'échéance de ce contrat, dans les conditions prévues à l'article L113-14 du code des assurances.
- Au-delà d'un an, vous pouvez résilier le contrat à tout moment en adressant une notification à l'assureur. La résiliation prendra effet à expiration d'un délai d'un (1) mois.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ne permettant plus d'avoir la qualité d'adhérent au contrat.
- En cas de modification de tarif ou de garantie, en nous adressant une demande dans le mois qui suit la date où l'adhérent a reçu son avis d'échéance.