

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance.

Assureur : **L'ÉQUITÉ**, Société Anonyme au capital de 69 213 760 euros, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Paris B 572 084 697, N° d'identifiant unique ADEME FR232327_03PBRV, société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : **APRIL Only Santé**

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 APRIL Only Santé sont fournies à l'adhérent 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 : **APRIL Only Santé** 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 **APRIL Only Santé** est « Non-responsable » et ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux. Cependant, il est « 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. Ce produit n'est pas éligible au dispositif « Loi Madelin ».



Qu'est ce qui est assuré ?

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.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation secteur conventionné** : Frais de séjour, forfait journalier hospitalier, Honoraires, forfait patient urgence, frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Hospitalisation secteur non conventionné** : Frais de séjour, forfait journalier hospitalier, honoraires ;
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux de généralistes et spécialistes, Honoraires médicaux d'actes techniques, radiologie, imagerie, Echographie et d'actes de spécialité, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire, matériel médical (gros et petit appareillage) remboursé par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, Prothèses dentaires des paniers modéré et libre remboursés par le Régime Obligatoire, Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Optique** : Monture et verres de classe B (équipement), lentilles acceptées par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Cures Thermales** : Les soins de cures thermales remboursée par le Régime

AUTRES GARANTIES PREVUES SELON FORMULE CHOISIE

Chambre particulière, Lit accompagnant, Confort hospi, forfait hébergement cures thermales, médecines complémentaires, actes dentaire et optique non remboursés par le Régime Obligatoire

Bonus fidélité à partir de la 2^{ème} formule, sur Médicaments prescrits non remboursés, forfait hébergement cures thermales, et médecines complémentaires.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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



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 traitements ou interventions chirurgicales à but de rajeunissement, d'amaigrissement ou esthétique ;
- ✗ Les séjours en cure de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires ;
- ✗ 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 frais liés aux paniers 100% santé
- ! Les aides auditives

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière, lit accompagnant, confort hospi** : exclue en alcoolisme, toxicomanie, nutrition, diététique ; limitée de 10 jours dans les établissements de santé sauf exception : 20 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence ou de réadaptation, unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées. **Hors chambre ambulatoire.**
- ! **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 médicaux sociaux ou des établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) n'est jamais pris en charge.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans pour les plus de 16 ans, réduite à un an pour les moins de 16 ans, tous les 6 mois pour les moins de 6 ans,

avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue.

! **Prothèses dentaires** : Plafond entre 800 et 1 600 euros sur les formules les plus élevées

Cette liste n'est pas exhaustive



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties d'assurance frais santé ne bénéficient qu'aux seuls Adhérents résidant à titre principal en France métropolitaine pour les frais engagés en France ;
- ✓ Dans le cas où les soins, à la suite d'une maladie ou un accident, ont été dispensés à l'étranger lors de voyages ou séjours, le remboursement a lieu si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'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 GPMA ;
- Résider en France Métropolitaine ;
- 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 et 90 ans maximum ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur.

En cours de vie du contrat :

- Déclarer à l'assureur, dans un délai de 15 jours, 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, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. 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.