Assurance Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

GMF ASSURANCES SA - 398 972 901 R.C.S. Nanterre - LA SAUVEGARDE SA - 612 007 674 R.C.S. Nanterre - France

Santé Pass Complémentaire

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat et 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 ?

Ce contrat d'assurance complémentaire santé collectif, à adhésion facultative est destiné aux personnes :
- résidant en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte) et,
- relevant d'un Régime Obligatoire (RO) français (hors régime des Indépendants et Mutualité Sociale Agricole).

Il permet de 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 du Régime Obligatoire français. Le contrat respecte les conditions légales des contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

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. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✔ **Soins courants :** honoraires médicaux (y compris ceux des sages-femmes), honoraires paramédicaux, séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale, analyses et examens de laboratoire, frais de transport, acte de radiologie et d'imagerie médicale, médicaments (dont certains en automédication), matériel médical (petit et grand appareillage, appareillage orthopédique), matériel médical 100 %.
- ✔ **Optique :** équipements (monture et verres) à prise en charge libre et équipements 100% Santé, lentilles.
- ✔ **Dentaire :** soins (dont inlay-onlay), prothèses dentaires à prise en charge libre et 100% Santé, orthodontie enfant débutée avant 16 ans.
- ✔ **Aides auditives :** équipements (acoustique et prothèses auditives) à prise en charge libre et équipements 100 % Santé.
- ✔ **Hospitalisation :** honoraires (médicaux et chirurgicaux), frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgence, frais de transport.

LES GARANTIES OPTIONNELLES :

Soins courants : certains actes et soins médicaux prescrits et non remboursés par le RO, séances d'ostéopathie, de chiropractie, consultations diététiques, séances d'ergothérapie, de psychomotricité, séances chez un psychologue, séances d'étiopathie, d'acupuncture et de pédicurie/podologie, cure thermale (remboursée par le RO).

Optique : chirurgies réfractives de l'œil (adulte).

Dentaire : prothèses, parodontie, implants dentaires.

Hospitalisation : chambre particulière, forfait multimédia (téléphone, internet, télévision) et frais d'accompagnement.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✔ **Réseaux de soins :** opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires…
- ✔ **Service d'analyse de devis.**

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✔ **Assistance à domicile suite à hospitalisation** (aide-ménagère, garde d'enfant…).
- ✔ **Conseils santé par téléphone.**
- ✔ **Renseignements liés à la vie pratique.**
- ✔ **Soutien psychologique en cas de traumatisme.**

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✘ Les soins et les frais réalisés avant la prise d'effet des garanties ou postérieurs à la date de résiliation du contrat.
- ✘ Les séjours dans les établissements d'hébergement médico-sociaux comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (M.A.S.), les séjours en rééducation professionnelle, en services de gérontologie et gériatrie, en établissements de long séjour, en Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.) et maisons de retraite.
- ✘ Les traitements esthétiques et leurs conséquences sauf en cas de maladie ou d'accident pris en charge par le RO.
- ✘ Les cures autres que les cures thermales acceptées par le RO.
- ✘ Les soins et les frais non remboursés par le RO et non expressément prévus dans le descriptif des garanties.

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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire solidaire (exemples : pour les consultations, les examens de radiologie…) et les franchises médicales (exemples : sur les médicaments, les actes paramédicaux…).
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ! 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 :

- ! **Chambre particulière :** limitation à 30 jours par an du forfait multimédia et des frais de chambre particulière en établissements spécialisés.
- ! **Hospitalisation, Optique et Dentaire :** les remboursements des postes Hospitalisation (sauf en cas d'accident) peuvent être limités pendant les 3 premiers mois suivant l'adhésion et ceux inhérents aux postes Optique/Dentaire pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion.
- ! **Optique :** le remboursement des lunettes peut être limité à un équipement (monture + verres) tous les 2 ans. Ce délai est réduit à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, ou en cas d'évolution de la vue et dans les autres cas de renouvellement anticipés prévus par la réglementation.
- ! La prise en charge des équipements optiques 100% Santé et des soins et prothèses dentaires 100% Santé intervient à hauteur des prix limites de vente ou des honoraires limites de facturation.

Où suis-je couvert(e) ?

- ✔ **Monde entier :** pour les remboursements de soins garantis y compris ceux exceptionnellement reçus à l'étranger suite à un séjour temporaire pris en charge par le RO français.
- ✔ **France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer :** pour les garanties d'assistance.

Quelles sont mes obligations ?

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

- **À la souscription du contrat :** répondre avec exactitude et sincérité à toutes les questions qui sont posées, fournir les justificatifs qui sont demandés et régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **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 des soins,
  - régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
  - informer l'assureur des événements suivants dans les 15 jours qui suivent leur connaissance : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, mariage, décès, séparation, divorce, perte de la qualité d'ayant droit), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Le paiement de la cotisation intervient à la souscription du contrat et chaque année à l'échéance.

La cotisation est payable annuellement et d'avance (avec mensualisation possible) par chèque, par prélèvement bancaire ou par carte bancaire.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date figurant sur les Conditions Particulières.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an. Il est reconduit automatiquement à chaque échéance anniversaire par tacite reconduction sauf résiliation par le souscripteur du contrat ou par l'assureur dans les cas et conditions fixés au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat dans les cas et délais prévus par la réglementation et par les Conditions Générales, notamment à certaines périodes de la vie du contrat (à l'échéance annuelle, 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 (modification de votre situation personnelle ou professionnelle…).

Sauf cas particulier, la résiliation de votre contrat doit nous être notifiée par déclaration auprès de nos conseillers (en agence ou téléphone), ou par lettre ou support durable (messagerie sécurisée au sein de votre espace client sur gmf.fr ou messagerie sécurisée sur l'Application "GMF Mobile", mail).

FR FEUILLET BAC DE TRI

GMF ASSURANCES - Société anonyme d'assurance au capital de 181 385 440 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - 398 972 901 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9 - LA SAUVEGARDE - Société anonyme d'assurance au capital de 38 313 200 euros entièrement versé Entreprise régie par le Code des assurances - 612 007 674 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9