

Assurance complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance



Generali Vie, Société anonyme au capital de 341 059 488 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
N° d'identifiant unique ADEME FR232327_03PBRV - Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Produit : La Médicale Santé

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit 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 sont détaillés dans le tableau des garanties ci-joint.

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

Le produit **La Médicale Santé** garantit le remboursement de tout ou partie des dépenses de santé engagées par l'assuré en cas d'accident ou de maladie (y compris maternité) après remboursement de son régime obligatoire d'assurance maladie. Le produit **La Médicale Santé** respecte les conditions légales des contrats responsables. Il ne prévoit pas de questionnaire de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure dans le tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES PRINCIPALES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires médicaux et chirurgicaux, honoraires paramédicaux, forfait journalier hospitalier, frais de séjour (y compris en maison de repos et convalescence), hospitalisation à domicile, frais de transports hospitaliers, forfait patient urgence, forfait sur actes lourds
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux des médecins (consultation, visite, actes techniques médicaux, actes d'imagerie ...), honoraires paramédicaux des auxiliaires médicaux, analyses et examens médicaux, remboursés par la Sécurité sociale, séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Matériel médical** : Prothèses orthopédiques, capillaires et mammaires, petit et grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres) et lentilles correctrices prises en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, orthodontie, chirurgie dentaire et prothèses dentaires pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Aides auditives** : Prothèses auditives prises en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Cure thermale** : Forfait thermal pour les frais pris en charge par la Sécurité sociale (frais médicaux, frais de transport et d'hébergement)

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Hospitalisation** : Chambre particulière, lit d'accompagnement enfant de moins de 16 ans
- Médecines douces, naturelles ou alternatives** : Consultation d'un praticien, non remboursée par la Sécurité sociale (ostéopathe, acupuncteur, diététicien, psychologue...)
- Pharmacie** : Médicaments, homéopathie, vaccins, contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale
- Optique** : Chirurgie réfractive au laser, lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale
- Dentaire** : Prothèses dentaires, implantologie, parodontologie et orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale
- Autres** : Allocation naissance, forfait supplémentaire cure thermale, actes de prévention non remboursés par la Sécurité sociale (substituts nicotiniques, dépistage audition, ostéodensitométrie, matériel de surveillance de l'hypertension)

LES SERVICES ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

- ✓ **Assistance** (aide-ménagère en cas d'hospitalisation, transport/rapatriement en cas de maladie ou d'accident à l'étranger...)
- ✓ **Téléconsultation médicale, second avis médical**
- ✓ **Protection Juridique Médicale**
- ✓ **Tiers payant étendu**

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les personnes ou ayants droits d'un affilié qui ne sont pas affiliés à un Régime Obligatoire d'assurance maladie français.
- ✗ Les frais engagés avant la date d'effet du contrat et après la date de résiliation du contrat ou de cessation de la garantie.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 2 € 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.
- ! 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

- ! **Dentaire** : Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un appareillage par période de deux ans, réduite à un an pour les personnes âgées de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas, une ordonnance sera exigée).
- ! **Aides auditives** : Prise en charge limitée à un appareillage pour chaque oreille indépendamment par période de quatre ans.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine et départements, régions et collectivités d'Outre-Mer.
- ✓ À l'étranger, si le régime obligatoire français d'assurance maladie s'applique.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE OU DE NON GARANTIE :

À l'adhésion :

- Répondre avec précisions aux questions et demandes de renseignements figurant sur les documents d'adhésion ;
- Signer le Certificat d'adhésion et l'adresser en retour à l'Assureur dans un délai de 30 jours à compter de sa date d'émission.

En cours de contrat :

- Payer les cotisations à leurs échéances ;
- Informer l'Assureur de tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques, dans les 15 jours suivant sa survenance.

En cas de sinistre, pour le versement des prestations :

- Faire parvenir dans un délai d'un mois à partir du jour du paiement de la Sécurité sociale tous documents justificatifs (décomptes originaux, notes, factures) nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Répondre aux sollicitations du Médecin Conseil et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance selon la périodicité choisie par l'Assuré sur le bulletin d'adhésion (annuelle, semestrielle, trimestrielle, mensuelle).

Les paiements sont effectués par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les modalités, la date de conclusion de l'adhésion et la date d'effet de l'adhésion sont mentionnées sur le Certificat d'adhésion. Les garanties ne sont réputées souscrites que si elles sont mentionnées expressément 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 initiale d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année au 1^{er} jour du mois anniversaire de la date d'effet de l'adhésion sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date anniversaire de l'adhésion, en adressant à l'Assureur au moins deux mois avant cette date une notification, par lettre (simple ou recommandée) ou tout autre moyen prévu à l'article L113-14 du Code des assurances ;
- au-delà d'un an, vous pouvez résilier à tout moment dans les mêmes conditions. La résiliation prend effet dans les conditions posées par l'article L113-15-2 du Code des assurances.



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !