

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Generali Vie, Société anonyme au capital de 336 872 976 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris - 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



Contrat Maladie - Chirurgie - Maternité

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 **Maladie - Chirurgie - Maternité** est à **adhésion facultative**. Il permet à tout adhérent appartenant à l'effectif assurable, et éventuellement à ses ayants-droit, de bénéficier du remboursement de tout ou partie des frais de soins de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, après remboursement de son régime obligatoire d'assurance maladie..



Qu'est-ce qui est assuré ?

Seuls les frais engagés après l'admission d'un assuré dans l'assurance - sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission - et avant son exclusion peuvent faire l'objet d'un remboursement.

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

LES GARANTIES PRINCIPALES

- ✓ **Hospitalisation** : Hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale, Chirurgie (ADC), Forfait journalier hospitalier, Chambre particulière, Lit d'accompagnant,
- ✓ **Frais médicaux** : Consultations, visites généralistes, Consultations, visites spécialistes, Auxiliaires médicaux, Analyses, Actes d'imagerie, Radios, Actes de spécialité, Actes techniques médicaux, Actes d'échographie
- ✓ **Frais dentaires** : Soins, Soins et Prothèses 100 % Santé, Prothèses, Inlays/Onlays, Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale, Implantologie, Parodontologie
- ✓ **Optique** : Équipements 100 % Santé, Equipements optique de classe B, Lentilles de contact, Chirurgie réfractive
- ✓ **Autres frais** : Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, Sevrage tabagique, Orthopédie et prothèses autres que dentaires et auditives, Transports des malades, Ostéopathie, psychomotricité et amniocentèse
- ✓ **Prothèses dentaires** : Équipements 100 % Santé (dits de classe I), Appareil de classe II

LES GARANTIES OPTIONNELLES

LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES

- L'assistance
- ✓ Le tiers payant

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les frais engagés après l'exclusion d'un assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à l'exclusion.
- ✗ Les soins qui ne sont pas pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français (sauf mention contraire).
- ✗ Les frais engagés qui ne sont pas prévus à la Convention.

Cette liste n'est pas exhaustive



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! Hospitalisation médicale ou chirurgicale :
Les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie.
- ! Les actes hors nomenclature ou qui ne respectant pas les dispositions de la Nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Seuls les postes de frais pris en charge par la Sécurité Sociale, sauf les dérogations éventuellement prévues aux Conditions Particulières, même s'ils comportent des dépassements, sont remboursés par la Compagnie.
- ! Le remboursement total perçu par l'assuré et/ou ses bénéficiaires ne peut excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et les montants pris en charge par la Sécurité sociale et/ou tout autre contrat souscrit auprès de la compagnie ou d'un autre organisme de prévoyance ou d'assurance.
- ! Il ne saurait y avoir de compensation entre les différents postes pour appliquer les limites de remboursement de la Compagnie.

Cette liste n'est pas exhaustive



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine et dans les Départements ou Régions français d'Outre-Mer (DROM) et les Collectivités d'Outre-Mer (COM).
- ✓ À l'étranger, à condition d'une prise en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français.



Quelles sont mes obligations ?

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

la Contractante s'engage :

- à mettre à la disposition des Assurés une notice résumant d'une manière très précise leurs droits et leurs obligations et à se constituer la preuve de cette remise ;
- à faire souscrire un bulletin individuel d'affiliation par tout assuré désireux s'affilier à la Convention, et à l'adresser à la Compagnie dans le mois qui suit ;
- à tenir à la disposition des Assurés le contrat faisant foi entre les parties ;
- à informer chaque Assuré de la résiliation de la Convention au moins trois mois avant l'échéance.

l'assuré s'engage :

- à compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation le concernant, accompagné des pièces justificatives nécessaires à son affiliation et celle de ses bénéficiaires éventuels (1^{ère} demande d'affiliation ou modification d'affiliation en cas de changement de situation de famille) ;
- à remettre le bulletin à la Contractante qui s'engage à nous le faire parvenir dans les meilleurs délais ;
- à transmettre à La Compagnie (ou son éventuel délégataire) dans les plus brefs délais, les décomptes et/ou factures correspondants à la prestation souhaitée.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance. Elles sont payables à l'adresse de correspondance de La Compagnie ou au domicile du mandataire désigné.

Si, trente jours après une échéance, la cotisation n'est pas payée, la Compagnie adressera à l'Assuré une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter de son montant. À défaut de paiement, les garanties prennent fin pour chaque Assuré quarante jours après la date d'envoi de cette lettre recommandée, indépendamment du droit pour l'Assureur d'appliquer toutes les dispositions de l'article L113-3 du Code des assurances.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La Convention est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre. Elle se renouvelle automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sauf avis de résiliation adressée par l'une ou l'autre des parties, au moins trois mois avant l'échéance.

La résiliation de la convention entraîne de plein droit la cessation de toutes les garanties et la radiation de tous les Assurés.

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois de réception du bulletin d'adhésion lorsque celui-ci est reçu au plus tard le 15 du mois.

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion lorsque celui-ci est reçu après le 15 du mois.

La Compagnie se réserve le droit de différer la prise d'effet d'une adhésion. L'adhésion est constatée par un certificat individuel d'assurance.

À défaut de notification de l'adhésion par la Compagnie dans les trois mois qui suivent, la date de réception de la demande d'adhésion par le Contractant, l'admission de l'adhérent est réputée acquise. L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf dénonciation par l'Assuré, adressée au moins deux mois à l'avance.

L'Assuré est radié de plein droit

- lorsqu'il ne répond plus à la définition de personnes assurables, et notamment à la date de cessation de son activité ;
- si la cotisation le concernant n'est pas payée dans les conditions prévues ;
- en cas de résiliation de la Convention (sauf dispositions spécifiques).



Comment puis-je résilier le contrat ?

La Contractante peut dénoncer le contrat en adressant une notification, dans les conditions prévues à l'article L 113-14 du Code des assurances, à la Compagnie, au moins trois mois avant le 31 décembre de l'année en cours. À l'expiration d'un délai d'un an, La Contractante peut résilier le contrat à tout moment, en adressant à la Compagnie une notification, dans les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances. La résiliation prend effet dans les conditions posées par l'article L113-15-2 du Code des assurances.

La Compagnie peut dénoncer le contrat par lettre recommandée adressée à La Contractante au moins trois mois avant le 31 décembre.

L'Assuré est libre de résilier son adhésion au 31 décembre de chaque année, en adressant une notification, dans les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances, au moins deux mois avant cette date. L'Assuré peut également, à l'expiration d'un délai d'un an, résilier son adhésion à tout moment, en adressant une notification, dans les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances. La radiation prend effet dans les conditions posées par l'article L113-15-2 du Code des assurances.

La radiation de l'Assuré entraîne la résiliation de l'adhésion de l'ensemble des bénéficiaires qui lui sont rattachés.