

Assurance Complémentaire Santé « Actifs »

Document d'information d'un produit d'assurance

Compagnie : Groupama Gan Vie - Entreprise d'Assurance immatriculée en France et régie par le code des Assurances N° RCS : 340 427 616



Produit : Complémentaire Santé « Actifs »

Ce document présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. Ce contrat propose plusieurs formules de garanties. Le niveau de remboursement de chacune d'elles est détaillé dans le tableau de garanties.

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

Ce contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association Européenne d'Épargne, de Retraite et de Prévoyance, complémentaire au Régime obligatoire de protection sociale (RO), a pour objet le versement de prestations, dans la limite des frais réels, en remboursement des frais de santé engagés par l'adhérent et, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat, par ses ayants droits. Peut adhérer au contrat toute personne physique de moins de 65 ans révolus. Le contrat propose différentes formules de garanties accordant des niveaux différents de remboursements et de prestations. La formule retenue par l'adhérent, applicable tant à lui-même qu'à ses ayants droit le cas échéant, est indiquée au certificat d'adhésion.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants de prestations sont soumis à des plafonds de remboursement qui varient en fonction de la formule de garanties choisie, et figurent au tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge de l'adhérent.

LES GARANTIES OBLIGATOIRES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES (HORS FORMULE HOSPITALISATION)

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, transport sanitaire, frais d'accompagnant d'une personne assurée, hospitalisation dans un pays étranger ;
- ✓ **Soins courants** (y compris actes de prévention) : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, petite chirurgie, auxiliaires médicaux, forfait patient urgences et actes lourds, analyses et examens de laboratoire, radiologie, transport sanitaire, les médicaments prescrits, le matériel médical (hors optique, dentaire, aides auditives), vaccins prescrits ;
- ✓ **Frais optiques** : équipement 100% santé, équipement hors 100% santé (monture et verres), lentilles prescrites ;
- ✓ **Frais dentaires** (y compris actes de prévention) : soins dentaires, inlays / onlays, prothèses dentaires, orthodontie ;
- ✓ **Appareillages** remboursés par la Sécurité sociale : audioprothèses, appareillages, prothèses et orthopédie.

LES EVENTUELLES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES PRÉVUES PAR CERTAINES FORMULES

Le contrat prévoit deux options facultatives « Indemnité journalière hospitalière » ainsi que trois modules optionnels de renfort accordant des niveaux différents de remboursements et de prestations (cf. tableaux de garanties).

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers Payant
- ✓ Aide au calcul des frais restants.

Les garanties précédées d'un coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion ;
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ Les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ainsi que les dépassements d'honoraires non déclarés à cet organisme ;
- ✗ Le forfait journalier des établissements médico-sociaux ;
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE (HORS FORMULE HOSPITALISATION ET FORMULES ET MODULES OPTIONNELS)

- ! **La participation forfaitaire de 1€ 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 ;
- ! **Optique - Lunettes** : pas de remboursement au-delà d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 100 € et de 2 verres) par période de deux ans, ou par période d'un an pour les assurés âgés de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai (uniquement pour les verres).

PRINCIPALES RESTRICTIONS (HORS FORMULE HOSPITALISATION ET FORMULES ET MODULES OPTIONNELS)

- ! **Aides auditives** : le remboursement des équipements 100% santé est plafonné aux prix limites de vente ; le remboursement du régime obligatoire et du régime complémentaire pour les équipements hors 100% santé ne dépasse pas 1700€ par oreille ; les appareils sont remboursés dans les limites d'un tous les 4 ans pour chaque oreille ;
- ! **Optique** : les remboursements des équipements 100% santé sont limités aux prix limites de vente pour les verres et à 30€ pour la monture, pour les équipements hors 100% santé aux plafonds des contrats responsables dont 100€ pour la monture ;
- ! **Dentaire** : les soins et prothèses 100% santé sont remboursés dans les limites des honoraires limites de facturation ;
- ! **Médecine douce** : la prise en charge est par an et par assuré ;
- ! **Frais non pris en charge par la Sécurité sociale** : médicaments et vaccins, chirurgie réfractive, parodontologie, implantologie ces frais étant limités et/ou plafonnés aux tableaux de garanties ;
- ! **Frais éventuellement non pris en charge par la Sécurité sociale** : lentilles correctrices, prothèses dentaires définitives, orthodontie, consultation diététique.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France ou dans les pays membres de l'Union européenne (UE) et de l'Association européenne de libre-échange (AELE), en complément de la prise en charge des frais par un Régime obligatoire de Sécurité sociale (français ou local).
 - ✓ Dans les pays autres que ceux visés ci-dessus, en complément de la prise en charge des frais par la Sécurité sociale française.
- En cas d'hospitalisation dans ces pays, une limitation des remboursements est prévue pour les frais de séjour engagés.
- En tout état de cause, les frais engagés dans ces pays et qui ne donnent pas lieu à remboursement par la Sécurité sociale française et au titre du produit Complémentaire Santé « Actifs » ne sont pas pris en charge par l'assureur.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

A l'adhésion du contrat :

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur lui permettant d'assurer la gestion de l'adhésion ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur dont une attestation des Régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse justifiant que l'adhérent est à jour du paiement de ses cotisations auprès d'elles ;
- Adhérer à l'association AEERP et en régler la cotisation ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion ;

En cours de contrat :

- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursements des soins de votre Sécurité sociale et joindre tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Déclarer les assurances cumulatives éventuelles ;
- Déclarer tout élément nouveau susceptible d'avoir un impact sur son adhésion ou sa mise en œuvre tel par exemple un changement de statut social ou de situation de famille, une modification du Régime de sécurité sociale de ses ayants droit ;
- Régler la cotisation à l'échéance.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables en euros, mensuellement, trimestriellement ou annuellement selon la périodicité définie au certificat d'adhésion. Elles sont payables d'avance et par prélèvement bancaire sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé dans un pays membre de la zone SEPA.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion au contrat et les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

L'adhésion est souscrite pour une première période d'un an à compter de la date indiquée au certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année à sa date d'anniversaire par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une des parties.

L'adhésion cesse en tout état de cause dans tous les cas de cessation des garanties prévues au contrat et notamment à la date de résiliation du contrat souscrit avec l'AEERP.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion :

- A la date anniversaire de son adhésion, sous couvert d'adresser sa demande à l'assureur en respectant un préavis de 2 mois ;
- À tout moment à l'expiration d'une année d'assurance révolue, sans frais ni pénalité ;
- En cas de révision des cotisations, en adressant sa demande dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification ;
- En cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, en adressant sa demande dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la proposition de modification par l'assureur ;
- En cas de modification du contrat convenue entre l'assureur et l'association contractante ;
- La demande de résiliation peut être notifiée par lettre, courrier électronique ou tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances.

