

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 seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit « Santé Zen ECO » est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.

Les garanties de base sur l'ensemble des niveaux sont les suivantes :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour ; honoraires ; forfait journalier hospitalier ; transport ; hospitalisation à l'étranger.
- ✓ **Prévention** : acte de prévention pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins généralistes et spécialistes ; actes d'imagerie ou échographie et autres actes techniques ; honoraires paramédicaux ; analyses et examens de laboratoires ; matériel médical pris en charge par la Sécurité sociale ; médicaments pris en charge par le régime de base ; frais de soins à l'étranger.
- ✓ **Optique** : équipement 100% santé ; équipement hors 100% santé ; suppléments et prestations équipement optique ; lentilles prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% santé ; soins dentaires, prothèses hors 100% santé prises en charge par la Sécurité sociale, orthodontie pris en charge par le régime de base.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives 100% santé ; aides auditives hors panier 100% Santé, autres prestations liées aux aides auditives.

La garantie complémentaire pour la formule 200 est la suivante :

- **Hospitalisation** : chambre particulière.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les établissements et services sociaux.
 - Dans les établissements médico-sociaux et médico-pédagogiques.
 - Dans les établissements ou unités de longs séjours.
 - Dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
- ✗ Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.



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

Les principales exclusions du contrat responsable sont les suivantes :

- ! La participation forfaitaire de 1,00€ et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires relatifs aux actes réalisés 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 sur l'ensemble des niveaux sont les suivantes :

- ! **Optique** :
Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou si évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans dans la limite du prix limite de vente (Classe I) ou de 1 700€ (Classe II)

La principale restriction sur la formule 200 est la suivante :

- ! **Chambre particulière** :
 - Prise en charge limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire pour les établissements et unités de soins de suite et de réadaptation, et exclue en cas d'hospitalisation en ambulatoire, en obstétrique et pour les établissements et unités psychiatriques



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine.
- ✓ Dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Martin (territoire français) ou à Saint-Barthélemy.
- ✓ Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

- **À la souscription du contrat**
 - Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion indiquant la formule de garantie choisie et les éventuels ayants-droit à garantir ;
 - Etre affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française ;
 - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat**
 - Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans le mois qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des événements suivants : changement de situation familiale, changement d'adresse, changement du département de résidence, changement du régime de base, changement de compte bancaire dédié.
 - Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cas de sinistre**
 - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat. Un paiement fractionné peut être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel). Le paiement peut être effectué par chèque (semestre ou annuel) ou prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion complété et signé au siège de Génération (gestionnaire du contrat).

L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus selon les modalités de la vente à distance ou du démarchage à domicile.

Le contrat est conclu pour une année puis se renouvelle par tacite reconduction à date anniversaire du contrat sauf résiliation par l'un des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en utilisant tout support énuméré à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, adressé à Génération – Service individuel- 29080 QUIMPER Cedex 9 :

- A la date d'échéance principale du contrat (date anniversaire), au moins deux mois avant cette date.
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat et dans les conditions fixées au contrat.
- A la suite d'une modification du contrat d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.



Miltis

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIREN sous le n° 417 934 817 -
Siège social : 25 cours Albert Thomas – 69003 LYON – N° IDU : FR331494_03EMSE