Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

CEGEMA intermédiaire en assurances 378 966 485 RCS Antibes, immatriculé à l'ORIAS numéro 07 001 328 (www.orias.fr)

Assureur : l'EQUITE, entreprise régie par le Code des assurances – B 572 084 697 RCS Paris, Société appartenant au Groupe GENERALI, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

AWP P&C - SA au capital de 17 287 285 € - 519 490 080 RCS Bobigny, Entreprise d'assurances immatriculée en France et régie par le Code des assurances.

Produit : CEGEMA EQUILIBRE

Ce document d'information 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. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit « CEGEMA EQUILIBRE » est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit « CEGEMA EQUILIBRE » est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré. Il est également « responsable », car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation.

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 des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Chirurgie et anesthésie, Frais de transport, Hospitalisation à domicile, Frais de séjour pris en charge par le RO, Chambre particulière, Frais d'accompagnant, TV, Internet, Téléphone ;
- ✓ **Soins courants :** Honoraires Médicaux, Honoraires paramédicaux, Auxiliaires médicaux, laboratoire, Actes techniques médicaux, Imagerie et biologie médicale, Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%, vaccins remboursés par le RO, médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, matériel médical, cures thermales, médecine complémentaire non prises en charge par le RO.
- ✓ **Optique :** Monture et verres pris en charge par le Régime Obligatoire, lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire, Forfait complémentaire équipement hors 100% Santé, lentilles non remboursées par le RO, chirurgie réfractive ;
- ✓ **Dentaire :** Soins dentaires, inlays-onlays, parodontologie, prothèses dentaires, inlay core, implantologie, orthodontie remboursée par le RO, actes dentaires non remboursés par le RO ;
- ✓ **Aides auditives :** aides auditives 100% Santé et hors 100% Santé, entretien et pile.

ASSISTANCE SANTE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ **Hospitalisation :** aide-ménagère, auxiliaire de vie, garde d'enfant, transport non médicalisé, conduite des enfants à l'école, prestations de bien-être à domicile, assistance psychologique...
- ✓ **Autres :** conseil social, téléconsultation, téléassistance.

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 indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissement médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durée (USLD), maison de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

Cette liste n'est pas exhaustive.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux articles II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- ! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière & Confort Hospi :** limité à 30 jours / an
- ! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives :** Prise en charge limitée à un équipement tous les quatre ans.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Où suis-je couvert(e) ?

✔La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire de l'Assuré s'applique ;

✔Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée. Les séjours à l'étranger ne doivent pas dépasser trois mois par an.

Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES, VOUS DEVEZ,

Lors de l'adhésion du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Adhérer à l'Association GPMA,
- Relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Être âgé à la date de signature de la demande adhésion de 18 ans minimum et de 99 ans maximum.

En cours de vie du contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Informer l'assureur des évènements suivants, dans les 15 (quinze) jours qui suivent leur connaissance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.
  Ces changements peuvent dans certains cas entrainer la modification du contrat et de la cotisation.

En cas de sinistre :

- Faire parvenir 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 de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.

Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de votre centre de gestion Cegema dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Un paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) peut toutefois être accordé au choix.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) ou par prélèvement automatique.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas 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 celle-ci 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 à sa date anniversaire.**
- **La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.**

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A l'expiration d'un délai d'un an, en adressant une notification à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de ce contrat, dans les conditions prévues à l'article L113-14 du code des assurances. Au-delà d'un an, vous pouvez résilier le contrat à tout moment dans les mêmes conditions. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en ait reçu notification.
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée (ou un envoi recommandé électronique) dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

CEGEMA intermédiaire en assurances 378 966 485 RCS Antibes, immatriculé à l'ORIAS numéro 07 001 328 (www.orias.fr)

Assureur : l'EQUITE, entreprise régie par le Code des assurances – B 572 084 697 RCS Paris, Société appartenant au Groupe GENERALI, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

AWP P&C - SA au capital de 17 287 285 € - 519 490 080 RCS Bobigny, Entreprise d'assurances immatriculée en France et régie par le Code des assurances.

Produit : CEGEMA EQUILIBRE – HONORAIRES+

Ce document d'information 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. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit « HONORAIRES+ » est un contrat complémentaire au contrat CEGEMA EQUILIBRE.

Il garantit le remboursement des honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM ou OPTAM-CO, suite à maladie, accident, ou hospitalisation, dans la limite des garanties souscrites. La garantie intervient en complément de la Sécurité sociale et des garanties CEGEMA EQUILIBRE souscrites.

Le contrat est « solidaire » : aucun questionnaire médical n'est demandé lors de l'adhésion. Le contrat est « non responsable » : il n'est pas éligible au régime fiscal prévu par l'article 154 bis du code général des impôts (loi Madelin).

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 des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **Hospitalisation** : Honoraires des médecins n'ayant pas souscrit à l'OPTAM/OPTAM-CO.

✓ **Soins courants :** Honoraires des médecins (Médecins généralistes, spécialistes), Radiologie, Imagerie, Echographie, Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM) n'ayant pas souscrit à l'OPTAM/OPTAM-CO.

ASSISTANCE SANTE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

✓ **Hospitalisation :** aide-ménagère, auxiliaire de vie, garde d'enfant, transport non médicalisé, conduite des enfants à l'école, prestations de bien-être à domicile, assistance psychologique...

✓ **Autres :** conseil social, téléconsultation, téléassistance.

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 indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;

✗ Les frais relatifs à des séjours en établissement médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durée (USLD), maison de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

Cette liste n'est pas exhaustive.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

! La majoration du ticket modérateur et des 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.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Où suis-je couvert(e) ?

✔La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le r régime obligatoire de l'Assuré s'applique ;

✔Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée. Les séjours à l'étranger ne doivent pas dépasser trois mois par an.

Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES, VOUS DEVEZ,

Lors de l'adhésion du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Adhérer à l'Association GPMA,
- Relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Être âgé à la date de signature de la demande adhésion de 18 ans minimum et de 99 ans maximum.

En cours de vie du contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Informer l'assureur des évènements suivants, dans les 15 (quinze) jours qui suivent leur connaissance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.
  Ces changements peuvent dans certains cas entrainer la modification du contrat et de la cotisation.

En cas de sinistre :

- Faire parvenir 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 de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.

Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de votre centre de gestion Cegema dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Un paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) peut toutefois être accordé au choix.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) ou par prélèvement automatique.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas 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 celle-ci 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 à sa date anniversaire.**
- **La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.**

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A l'expiration d'un délai d'un an, en adressant une notification à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de ce contrat, dans les conditions prévues à l'article L113-14 du code des assurances. Au-delà d'un an, vous pouvez résilier le contrat à tout moment dans les mêmes conditions. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en ait reçu notification.
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée (ou un envoi recommandé électronique) dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.