

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

L'Équité, Société anonyme au capital de 26 469 320 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 572 084 697 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

Génération Santé GENERALI

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. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit « Génération Santé GENERALI » sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garantie ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit **Génération Santé GENERALI** est un contrat individuel d'assurance complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, cette assurance prend en charge tout ou partie des frais de santé laissés à la charge de l'assuré après l'intervention de son régime obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit **Génération Santé GENERALI** 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.

Le produit **Génération Santé GENERALI** est conforme au dispositif « 100 % Santé » qui permet à l'assuré, de bénéficier d'un panier de prestations en optique, dentaire et aides auditives (à partir de 2021) sans reste à charge.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et par conséquent une somme peut rester à la charge de l'assuré.

Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

Le contrat prévoit 4 niveaux de garanties qui s'articulent autour des postes suivants :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Forfait journalier hospitalier, frais de séjour, honoraires
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie
- ✓ **Prime de naissance ou d'adoption (par enfant)**
- ✓ **Frais d'optique** : Lunettes (montures + verre), lentilles
- ✓ **Frais dentaires** : Soins, prothèses dentaires, orthodontie.
- ✓ **Aides auditives** : Audioprothèses, accessoires
- ✓ **Cures Thermales** (forfait Thermal, hébergement et transport)
- ✓ **Médecine douce et autres prestations** : Ostéopathe, chiropracteur, étioopathe, acuponcteur

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
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements 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

- ! 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

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation et maternité** : la prise en charge des séjours dans des établissements non conventionnés est limitée au ticket modérateur (TM)
- ! **Chambre particulière** : prise en charge limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire en soins de suite et réadaptation (SSR). Pas de prise en charge en psychiatrie, en maison de repos et dans les établissements non conventionnés
- ! **Frais d'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



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France.
- ✓ À l'Étranger, à conditions que les soins dispensés soient pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES :

À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur ;
- fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- régler la cotisation (ou la fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de vie du contrat :

- fournir tout document justificatif nécessaires au règlement des prestations prévues au contrat ;
- faire parvenir les demandes de remboursement de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les 15 (quinze) jours qui suivent leur connaissance :
 - changement de situation (changement d'adresse, modification de la structure familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie,
 - changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et/ou 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 dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix : mensuel, semestriel ou trimestriel.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée 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 de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un droit de rétraction de 14 jours qui commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou, si elle est postérieure, à compter de la date de réception de la documentation contractuelle.

Le contrat est conclu pour une durée initiale de un an. Il se renouvelle ensuite d'année en année à sa date d'échéance principale.

La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quel qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation doit être demandée soit par lettre ou par courrier électronique, soit par déclaration faite contre récépissé auprès de l'assureur ou de son délégataire mentionné au contrat, dans les cas et conditions prévus au contrat.