

Assurance Complémentaire santé individuelle

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 Senior GAN

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 ?

Le produit d'assurance de groupe est réservé aux affiliés du produit COMPLEMENTAIRE SENIOR GAN. Il est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'affilié et de ses éventuels ayants-droit bénéficiaires du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ce produit respecte les conditions légales des contrats santé responsables.



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

- ✓ **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) : honoraire médicaux, honoraire paramédicaux, petite chirurgie, auxiliaires médicaux, forfait patient urgences et actes lourdes, analyses et examens de laboratoire, radiologie, transport sanitaire, les médicaments prescrits, le matériel médical (hors optique, dentaire, aides auditives), aide au sevrage tabagique, vaccins prescrits, forfait Monpsy ;
- ✓ **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 COMPLEMENTAIRES PREVUES PAR CERTAINES FORMULES (cf tableaux de garanties)

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers Payant ;
- ✓ Télémédecine (accès gratuit au service de Médecin Direct qui vous offre la possibilité de contacter 24h/24 et 7j/7 un médecin généraliste ou spécialiste).

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Service d'accompagnement au quotidien : en cas de décès et en cas d'hospitalisation ;
- ✓ Services d'assistance parentalité, d'assistance aux aidants ;
- ✓ Accompagnement en cas de maladies redoutées et aux personnes en déplacement.

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 du contrat ;
- ✗ 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 ;
- ✗ Les frais annexes (téléphone, télévision, etc) ;
- ✗ 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

- ! **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

- ! **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** : lorsque la formule choisie le prévoit, la prise en charge est limitée au nombre de séances, par an et par assuré, et au montant maximum de remboursement par séance ;
- ! **Frais non pris en charge par la Sécurité sociale** : chirurgie réfractive, parodontologie, implantologie : si la formule choisie prévoit une prise en charge, celle-ci est limitée dans les limites indiquées dans le tableau de garanties ;
- ! **Frais éventuellement non pris en charge par la Sécurité sociale** : lentilles correctrices, prothèses dentaires définitives, orthodontie, consultation diététique : si la formule choisie prévoit une prise en charge, celle-ci est limitée dans les limites indiquées dans le tableau de garanties.



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 COMPLEMENTAIRE SENIOR GAN 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'affilié ;
- 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 au produit COMPLEMENTAIRE SENIOR GAN ;
- Adhérer à l'association AEERP et en régler la cotisation ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion ;
- Remettre à chaque adhérent la notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- Informer par écrit les adhérents, des modifications éventuelles, au moins 3 mois avant la date d'entrée en vigueur.

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 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 ;
- Indiquer pour chaque adhérent sa date de naissance, sa situation de famille et, le cas échéant, la formule de garanties retenue chaque année ;
- Régler la cotisation à l'échéance.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, par prélèvement automatique ou chèque. Un paiement fractionné peut toute fois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

Le contrat est conclu pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Il se reconduit automatiquement le 1er janvier de chaque année pour des périodes d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties dans les conditions prévues au contrat d'assurance.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion :

- Au 31 décembre de l'année en cours, en adressant sa demande à l'assureur au plus tard le 31 octobre de cette même année ;
- 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 ;
- À tout moment, à l'expiration d'une année d'adhésion révolue, sans frais ni pénalité ;
- 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 ;
- 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.

