

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie :

Groupama Gan Vie, 8-10 rue d'Astorg 75008 PARIS, société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros, RCS PARIS 340 427 616, entreprise immatriculée en France et régie par le Code des assurances, soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest - CS 92459 75436 - Paris Cedex 09.

Produit : Gan Prévoyance Santé Senior

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle 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 d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés de 50 ans et plus en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

Les garanties précédées d'une coche (symbole ✓) sont systématiquement prévues au contrat. Celles précédées d'une puce (symbole •) sont optionnelles.



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 de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ 100 % Prix Limite de Vente pour l'optique et les prothèses auditives et 100 % Honoraires Limites de Facturation pour le dentaire.
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) faible, élevé ou modéré (remboursés à 65 %, 30 % et 15 % par la Sécurité sociale).
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres).
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles).
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- Chambre particulière, frais d'accompagnant, frais de TV, téléphone et journaux.
- Médecine douce.
- Actes de prévention non pris en charge par la Sécurité sociale (exemples : médicaments antipaludéens, sevrage tabagique, bilan dentaire...).
- Chirurgie réfractive et lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale.
- Implants dentaires.
- Parodontologie auprès des chirurgiens-dentistes Sévéane.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseaux de professionnels de santé Sévéane (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes).
- ✓ Consultation gratuite en ligne avec un médecin.
- ✓ Tiers payant.
- ✓ Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation/immobilisation. Soutien scolaire aux petits-enfants gardés au domicile de leurs grands-parents.
- ✓ Prise en charge des frais de rapprochement familial, de livraison et des animaux.
- ✓ Téléassistance.
- ✓ Assistance en déplacement.



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 dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour,
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



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

- ! **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.
- ! **Lunettes** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Le forfait journalier** facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation psychiatrique** : les frais de chambre particulière, les frais d'accompagnant, les frais de téléphone, télévision et l'achat de journaux, dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique ne sont pas pris en charge au-delà d'une durée cumulée de 30 jours par an.
- ! **Dentaire** : un plafond de remboursement uniquement sur les prothèses et uniquement les 2 premières années.



Où suis-je couvert ?

- ❖ En France et dans les pays membres de l'Union Européenne. Dans le monde entier pour des séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs.
- ❖ 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.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

- ❖ À la souscription du contrat
 - Compléter avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par l'assureur.
 - Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
 - Régler la cotisation indiquée au contrat.
- ❖ En cours de contrat
 - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
 - Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité sociale.
 - Informer l'assureur des événements suivants par lettre recommandée, dans les quinze jours, à partir du moment où vous en avez connaissance :
 - *Changement de situation* : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (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 de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment dois-je effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance.
Elles sont fractionnées mensuellement.
Les modalités de paiement sont convenues avec l'assureur.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le Certificat d'Adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou 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 cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.
- Le contrat cesse, en tout état de cause, à la date à laquelle l'adhérent n'est plus membre de l'Association A3P ou à la date de résiliation du contrat souscrit avec l'Association A3P. Dans ce cas, le contrat prévoit des conditions de maintien des garanties.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- Vous pouvez mettre fin au contrat :
- ❖ à tout moment, après la première année qui suit la date de souscription du contrat ;
 - ❖ à la date d'échéance principale du contrat, en adressant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant cette date ;
 - ❖ en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;
 - ❖ en cas de révision des cotisations, en adressant une lettre recommandée à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification ;
 - ❖ en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.

Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros
RCS Paris 340 427 616 – APE 6511Z
Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75008 Paris

Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 75436 - Paris Cedex 09