

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Ce contrat est assuré par Apivia Macif Mutuelle (SIREN n°779 558 501), mutuelle enregistrée en France et régie par le Livre II du Code de la mutualité.

Produit : contrat Vitamin[®] Hospi

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 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 contrat Vitamin[®] Hospi est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit bénéficiaires, engagés dans le cadre d'une hospitalisation (hospitalisation à domicile incluse), en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ce contrat n'est pas un contrat solidaire et responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants de prestations prises en charge au titre du contrat sont soumis à des plafonds ci-dessous détaillés. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à votre charge. Les garanties frais de santé ci-dessous sont exprimées soit en pourcentage (par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale et en incluant le remboursement de l'assurance maladie obligatoire), soit en euros.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Honoraires médicaux, chirurgicaux, anesthésistes et actes en secteur hospitalier : 150 %
- ✓ Frais de séjour en établissement conventionné : frais réels
- ✓ Frais de séjour en établissement non conventionné : 100 %
- ✓ Forfait journalier hospitalier : frais réels
- ✓ Forfait patient Urgences : Remboursement intégral
- ✓ Frais de transport : 100 %
- ✓ Chambre particulière avec nuitée en Chirurgie, Médecine, Maternité et Soins de suite : 40 €/ jour
- ✓ Frais d'accompagnant : 15 € / jour
- ✓ Forfait hospitalisation ambulatoire : 15 € / jour
- ✓ Confort à l'hôpital (TV, téléphone, presse, Internet) : 5 €/ jour
- ✓ Frais de soins et de séjour à l'étranger : 100 %

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance à domicile en cas d'accident, maladie ou maternité.
- ✓ Assistance aux aidants.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins.
- ✓ Téléconsultation médicale.
- ✓ Protection Juridique "Recours Médical".
- ✓ Tiers payant.

Les garanties ou services précédés d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévus 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 dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée (comprenant les séjours en gériatrie) ou dans les établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).
- ✗ Les frais de santé engagés en dehors de toute hospitalisation.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses de laboratoire.
- ! La majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soin.
- ! Les dépenses de soins ou chirurgies esthétiques, non pris en charge par la Sécurité sociale.

PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT

- ! **FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER** : remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum.
- ! **CHAMBRE PARTICULIÈRE** : remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum et limité à 90 jours par année d'assurance.
- ! **FRAIS D'ACCOMPAGNANT** : remboursement limité à 30 jours par année d'assurance.
- ! **FORFAIT CONFORT À L'HÔPITAL** : remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum et limité à 20 jours par séjour.
- ! **FORFAIT HOSPITALISATION AMBULATOIRE** : forfait non cumulatif avec le forfait confort à l'hôpital.

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ France (départements et régions d'outre-mer inclus).
- ✓ Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger, dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu aux remboursements par la Sécurité Sociale dont dépend l'assuré.
- ✓ Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre), et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion).

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, l'adhérent doit :

À la souscription :

- être membre de l'association Maison des adhérents d'Apivia ;
- résider en France métropolitaine ou à la Martinique, Guadeloupe, Guyane, Saint-Martin ou Saint-Barthélemy et être affilié à un régime obligatoire français d'assurance maladie ;
- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion et le signer ;
- fournir la copie de l'attestation de carte vitale de chaque assuré ;
- remplir le mandat SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire en cas de paiement des cotisations par prélèvement.

Durant le contrat :

- payer la cotisation prévue au contrat ;
- fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat ;
- faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 24 mois suivant la date de l'évènement à indemniser ;
- signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'un des assurés, changement de domicile ou de situation familiale, etc.) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.

Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due jusqu'à la résiliation du contrat.

Le paiement de la cotisation ou de la fraction de cotisation est exigible dans les 15 jours de son échéance. En cas de non paiement au-delà de ce délai, et après une mise en demeure restée sans effet, l'assureur pourra être amené à résilier le contrat.

Le paiement des cotisations peut être fractionné au semestre, au trimestre, ou au mois.

Les cotisations peuvent être réglées par tous moyens de paiement mais prioritairement par mandat de prélèvement SEPA.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Sa durée est d'un an. Il se renouvelle par tacite reconduction chaque année à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat. L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la conclusion du contrat.

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation par l'adhérent, selon les modalités prévues au contrat ;
- en cas de suspension et/ou de résiliation pour non paiement des cotisations par l'adhérent ;
- en cas de modification des cotisations par l'assureur, si l'adhérent refuse cette modification ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, si l'adhérent refuse cette modification.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

- à l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant la date anniversaire de la prise d'effet du contrat ;
- à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande ;
- en cas d'augmentation des cotisations, notamment à la suite d'une modification de situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance ;
- dans les 3 mois suivant la survenance d'un évènement limitativement listé au contrat (changement de domicile, de profession, etc.) lorsque cet évènement est en relation directe avec l'objet de la garantie ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter du jour où cette modification est notifiée à l'adhérent.

La demande de résiliation doit être adressée par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment par courrier postal à l'adresse figurant sur la carte de tiers payant, par courrier électronique à l'adresse suivante sante.contact@apivia-courtage.fr, ou encore par déclaration au siège social d'Apivia Macif Mutuelle.

La mutuelle confirmera par écrit à l'adhérent avoir reçu sa demande de résiliation.



Votre contrat **Vitamin³ Hospi** sous marque Apivia est assuré par **Apivia Macif Mutuelle**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15.

Le contrat est distribué par le réseau d'Apivia Courtage - SAS au capital de 20.000.000 € - RCS Tours 490 625 662 - Siège social : 108 rue Ronsard 37100 Tours - ORIAS n° 09 051 617 (www.orias.fr). Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.