

Assurance Complémentaire Santé

Document d'informations sur le produit d'assurance

Compagnie : ACHEEL • 128 rue La Boétie • 75008 Paris - SIREN 879605350 • Code APE 6512Z • SA à conseil d'administration (s.a.i.) au capital de 46 812,48 euros • 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) Distribué par : SPVIE Assurances - SAS de courtage d'assurances au capital de 48 868,30 euros - 26 rue Pagès 92150 SURESNES RCS Nanterre 525 355 251 - ORIAS 10 058 151 Assistance : Mutuaide Assistance – Société Anonyme, Entreprise régie par le Code des Assurances, au capital de 12.558.240 euros dont le siège social est 126, rue de la Piazza – 93196 Noisy le Grand Cedex, inscrite au Registre du Commerce de Créteil sous le Numéro 383 974 086. Mutuaide Assistance est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09. MUTUAIDE ASSISTANCE

Produit : SPVIE Santé Malin

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 contrat SPVIE Santé Malin est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément ou non de la Sécurité sociale française. Le contrat est "responsable" car il respecte les obligations et les interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également "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'Adhérent. Ce contrat couvre également le risque Cyber Dans les conditions et limites définies dans la Notice d'information



Qu'est-ce qui est assuré ?

Ces garanties vous permettent de bénéficier du "100% Santé" en optique, dentaire et sur les aides auditives. Votre reste à charge est de zéro pour ces équipements. En dehors des prestations concernées par le "100%" Santé, les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanties choisi et figurent dans le tableau des garanties. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut éventuellement rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Prothèses dentaires, Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Optique** : Equipements verres et montures de la Classe A – Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles de contact remboursées ou non par le RO – Régime Obligatoire.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Imagerie médicale, Analyses et examens de laboratoire.
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments et homéopathie pris en charge par le RO – Régime Obligatoire.
- ✓ **Aides auditives** : Equipements 100% Santé (Classe I – Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.
- ✓ **Garantie Cyber** : Remplacement des équipements personnels (plafond : 1500€), Achat en ligne (plafond : 350€), Vente en ligne (plafond : 350€)
- ✓ **Garantie Prévention et Dépendance** : Prise en charge des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables et versement d'un capital de 500€ en cas de dépendance totale.
- ✓ **Cure thermique** : honoraires et frais remboursés par le Régime Obligatoire

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Hospitalisation : Chambre particulière
Médecine douce
Cure thermique ; forfait Cure thernale
Chirurgie réfractive

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT INCLUS :

- ✓ Tiers Payant, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé)
- ✓ Espace client

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Assistance santé
- ✓ Assistance aux personnes en déplacement
- ✓ Assistance aux aidants

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 actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.
- ✗ Les adhérents de moins de 18 ans et de plus de 85 ans pour les formules 1 à 3.
- ✗ Cyber : Les objets connectés non liés à la santé dans le cadre d'un achat ou d'une vente en ligne.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits "responsables".
- ! La chirurgie non prise en charge par la Sécurité Sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique.
- ! Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.
- ! Les garanties ne s'exercent pas en cas : De guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvement populaires, De désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes.
- ! Forfait journalier hospitalier : Exclu pour les séjours en gériatrie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées
- ! Cyber : violation ou divulgation relevant de la propriété intellectuelle, événements liés à la vente ou à l'achat de crypto-monnaies, perte d'investissements ou de trading

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Chambre particulière : Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours en cas d'hospitalisation en psychiatrie et à 60 jours en cas d'hospitalisation en maison de convalescence et de soins de suite et de rééducation dans la mesure où elle intervient dans la continuité d'une hospitalisation garantie.
- ! Optique : Renouvellement tous les deux ans pour les personnes de plus de 16 ans. – Anticipé en cas d'évolution de la vue dans la limite de 100 € par monture.
- ! Aides auditives : Renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où le Régime Obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention, de même qu'en cas de séjour en dehors de France métropolitaine ou des DROM, pour des séjours de moins de 3 mois.
- ✓ Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principale en France pour des frais engagés en France métropolitaine et DROM



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE, EN FONCTION DE L'OBLIGATION NON RESPECTÉE, DE NON GARANTIE, DE PERTE DU DROIT À GARANTIE OU DE RÉSILIATION DU CONTRAT :

A la souscription du contrat

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur, par questionnaire, lettre, proposition ou tout autre moyen.
- Fournir tous documents ou justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de contrat

- Déclarer dans les 15 jours toute circonstance nouvelle modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) aux dates indiquées au certificat d'adhésion.

Pour le versement des prestations

- Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents ou justificatifs nécessaires au paiement des prestations.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat, auprès de SPVIE Assurances dans les dix (10) jours à compter de l'échéance.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé (mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou par chèque (sauf en cas de paiement mensuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'Adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.

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).

Il 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.

La couverture prend fin :

- A la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat,
- Au décès de l'Adhérent,
- A la date à laquelle l'ayant droit perd le statut de bénéficiaire.



Comment le contrat peut-il être résilié ?

A la date d'échéance du contrat, en nous adressant une notification notamment par écrit ou tout support durable, au moins deux mois avant cette date.

À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa souscription. La résiliation prend effet 1 mois après la réception de la notification. Cette résiliation peut être réalisée par le nouvel assureur à votre demande.

En cas de modification de la situation personnelle ou professionnelle concernant l'Adhérent ayant une influence directe sur les risques garantis.

En cas de diminution du risque, si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation. La résiliation prend effet dans les 30 jours après la dénonciation du Contrat par l'Adhérent.

En cas d'évolution des cotisations ou de modification du contrat dans le respect des conditions prévues dans la Notice d'Information.