

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit FMA Assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 12068209 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))

L'EQUITE, entreprise régie par le code des assurances – 572 084 697 RCS Paris, société appartenant au groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.



Produit : VITALIA

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 VITALIA sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit VITALIA est un produit d'Assurance Complémentaire Santé. Le contrat est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité Sociale française.

Les formules 1 à 6 sont « responsables » car elles respectent les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Les formules Hospi + sont « non responsables » car elles ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux.

Toutes les formules sont « solidaires » car elles ne prévoient pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'Adhérent.



### 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 de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation secteur conventionné** : Frais de séjour, forfait journalier hospitalier, Honoraires, Chirurgie et anesthésie, Frais de transport ;
- ✓ **Hospitalisation secteur non conventionné** : Frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chirurgie et anesthésie ;
- ✓ **Consultation et Pharmacie** : Pharmacie, Médecins généralistes ou spécialistes, Auxiliaires médicaux, Actes techniques médicaux, Analyses/actes de biologie, Imagerie médicale, matériel médical

#### Hors formules HOSPI + :

- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, inlays-onlays, parodontologie, prothèses dentaires, inlay-core, implantologie et orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Optique acceptée ou refusée par le RO** : Monture et verres (équipement), lentilles (y compris lentilles jetables) ;
- ✓ **Aides Auditives** : aides auditives (prothèse) remboursées par la Sécurité Sociale, entretien de l'appareillage.
- ✓ **Prestations diverses** : Médecines douces, actes de prévention remboursés par la Sécurité Sociale.

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

#### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Assistance en cas, d'immobilisation, d'hospitalisation, de perte d'autonomie ou de décès.



### 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 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.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

#### Hors formules HOSPI + :

- ! 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 ;

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : Les frais de chambre particulière ne sont pas garantis pour les séjours en service psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie et sont limités à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence et réadaptation fonctionnelle.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour en mineur ou en cas d'évolution de la vue ;

Cette liste n'est pas exhaustive.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger ;
- ✓ 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

#### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association FAP ;
- Être âgé(e) à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans au minimum ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;

#### En cours de vie du contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 30 (trente) jours qui suivent leur connaissance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et 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, Trimestriel, Semestriel ou Annuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque (règlement annuel uniquement) 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. L'assuré dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction. 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 recommandée ou envoi recommandé électronique ou tout autre support durable article 113-14 alinéa 1 du code des assurances, 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.