

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

## Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : Quatrem

Produit : SPVIE SANTE FAMILLE +

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 des garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé SPVIE Santé Famille + 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.

Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Le montant des prestations varie en fonction du niveau de garantie choisi. Il ne peut dépasser les dépenses réellement engagées.

Ces informations figurent dans le tableau des garanties.

#### Hospitalisation et maternité

- ✓ Honoraires chirurgicaux et médicaux
- ✓ Forfait journalier hospitalier
- ✓ Frais de séjour
  - Chambre particulière (par jour)
  - Lit accompagnant

#### Soins courants

- ✓ Consultation généraliste/spécialiste
- ✓ Honoraires paramédicaux
- ✓ Actes d'imagerie médicale
- ✓ Analyses et examens de laboratoires
- ✓ Matériel médical (appareillage et prothèses médicales - hors aide auditive, prothèse dentaire et équipement optique)
- ✓ Frais de transport sanitaire (hors SMUR)

#### Pharmacie

- ✓ Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 % (service médical rendu élevé), à 30 % (service médical rendu modéré) et à 15 % (service médical rendu faible)

#### Optique

- ✓ Verres et Monture (y compris équipement 100 % santé)
- ✓ Prestation d'adaptation et d'appairage
- ✓ Lentilles de contact
- ✓ Chirurgie optique réfractive

#### Dentaire

- ✓ Soins dentaires (y compris soins et prothèses 100 % santé)
- ✓ Prothèses et implants dentaires
- ✓ Orthodontie

#### Aides auditives ou équipement

- ✓ Appareillage auditif (y compris équipement 100 % santé)
- ✓ Piles et entretien

#### Actes de prévention, Médecines douces et Santé au quotidien

Vaccins non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire  
Cure thermale prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire  
Médecines douces (acupuncture, chiropraxie, ostéopathie, homéopathie)  
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire

#### Assistance

- ✓ Aide-ménagère
- ✓ Garde des enfants/transfert des enfants ou d'un parent
- ✓ Garde des animaux domestiques (chien/chat)
- ✓ Rapatriement ou transport sanitaire

#### Garanties Obsèques

Remboursement des frais acquittés (dans la limite prévue au certificat d'adhésion)

Les garanties précédées d'une ✓ sont prévues dans toutes les formules.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet du contrat.
- ✗ Les indemnités complémentaires à la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les séjours et chambre particulière dans les milieux spécialisés (cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) et dans les établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD)
- ✗ La prise en charge lors de séjours occasionnels à l'étranger dont l'objet est pour un Assuré de recevoir des soins médicaux (« tourisme médical »).



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

#### Principales exclusions :

- ! **La chirurgie esthétique** non prise en charge par la Sécurité Sociale,
- ! **Transport sanitaire** : le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR).
- ! **Participation forfaitaire de 1 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! **Franchise de 2 €** sur les transports sanitaires.
- ! **Franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).
- ! **Majoration de la participation supportée par le bénéficiaire et les ayants-droits** sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'accès au dossier médical
- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans suivant la date de la dernière facturation (tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue ou tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage).
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Dentaire** : Prise en charge dans la limite des honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes pour les paniers dits « 100 % Santé » et « Tarifs maîtrisés / modérés ».
- ! **Aide auditive** : Prise en charge d'un équipement auditif par oreille tous les quatre ans suivant la date de facturation. Prise en charge d'un équipement dans la limite des plafonds fixés dans le tableau de garanties

#### Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **Limitation** des nuitées couvertes en chambre particulière lors des séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés, en unité de soins psychiatriques, en maison de repos et centre de convalescence et établissement non conventionnés
- ! **Plafonnement** des prestations pour les frais de santé liés à la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, les inlays/onlays, les prothèses dentaires, les couronnes non remboursées par la Sécurité sociale, les Inlays core, l'implantologie.
- ! **Plafonnement** des séances de médecine additionnelle (homéopathie, ostéopathie, chiropracteur, acupuncture).
- ! **Dégressivité de la Garantie Obsèques à partir de 76 ans**



## Où suis-je couvert(e) ?

✓ En France

Par dérogation, les soins et traitements pratiqués à l'étranger sont pris en charge lorsqu'ils ont dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence au cours d'une villégiature en quelque pays que ce soit, sous réserve que le régime obligatoire soit intervenu et selon la codification que le régime obligatoire a appliqué.



## Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations. Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle :

### À la souscription du contrat

Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion

Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur

Régler la cotisation prévue au contrat

### En cours de contrat

Informier l'assureur en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de situation familiale, de régime de Sécurité sociale.

Régler les cotisations prévues au contrat

### Pour le versement des prestations

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



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance selon la périodicité choisie : mensuelle, annuelle.

Le règlement des cotisations s'effectue notamment par prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

### Début du contrat

La couverture prend effet à la date choisie par l'adhérent et mentionnée sur le certificat d'adhésion :

et au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'adhésion complète, sous réserve :

qu'un exemplaire du certificat d'adhésion soit retourné signé à l'assureur dans les 30 jours qui suivent sa date d'émission, et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

### Droit de renonciation au contrat

Tout participant peut renoncer à son affiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet du contrat.

### Fin du contrat

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à partir du 31 décembre de l'année en cours de laquelle il a pris effet, sauf résiliation demandée par l'organisme assureur ou l'assuré dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture de l'assuré prend fin à la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré peut dénoncer son adhésion au contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances adressée deux (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi). L'assuré peut, après expiration d'un délai d'un an, dénoncer son adhésion au contrat sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion au contrat prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification de l'assuré.

### Coordonnées utiles pour résilier le contrat :

SPVIE Assurances – Servie Gestion – 26 rue Pagès – 92150 SURESNES