

SPVIE

Santé
Famille⁺

FICHE PRODUIT

**Objet du contrat**

Une offre Santé complète comprenant :

- 5 niveaux de couverture, de **100% à 300%** de la base de remboursement Sécurité sociale

**Cible du contrat**

- TOUS les particuliers à partir de 18 ans jusqu'à 85 ans et Ascendants jusqu'à 90 ans inclus
- ◆ Résidents en France métropolitaine

**Points forts**

- ▲ Les **ascendants sont des bénéficiaires** au même titre que les autres ayants droits
- Un **contrat responsable** avec une large gamme de prestations
- Une **couverture immédiate** à la souscription, sans délai d'attente
- **Remboursement intégral** des Soins et Prothèses dans le cadre du 100% Santé*
- ◆ Forfait équipement **optique jusqu'à 290 €** (monture + verres)
- **Aucune formalité** médicale
- ▲ Le **Tiers-Payant généralisé** et offre de **services MySantéClair**
- Des **garanties assistance en inclusion** avec des prestations **spécifiques aidants**
- ◆ Des **garanties obsèques** en inclusion
- **Facilité du suivi** des remboursements des bénéficiaires **ascendants via l'espace assuré**
- **Un seul appel de cotisation** pour toute la famille

* sur l'optique, dentaire et prothèse auditive

** bénéficiaires ascendants non éligibles

**Produits compatibles**

SPVIE Santé famille + peut être renforcé avec différentes gammes de produits** :

- L'offre **Santé VEGA Particulier** : Une surcomplémentaire non responsable, pour de meilleurs remboursements
- ▲ L'intégralité du Module Horizon :
 - **Horizon IJ Hospi Accident**
 - **Horizon Protection Juridique**
 - **Horizon Tempo Décès Accident**
 - **Horizon Garantie Accident de la Vie**

SPVIE Santé Famille + : Tableau de garanties

Les remboursements sont exprimés en y compris remboursement de l'Assurance maladie Obligatoire, dans la limite des frais réels engagés.



	Niveau A	Niveau B	Niveau C
HOSPITALISATION - (EN MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE, PSYCHIATRIE - HORS CHIRURGIE ESTHETIQUE)			
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la SS ⁽¹⁾ Sans limitation de durée	100%FR	100%FR	100% FR
Honoraires médicaux - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100%BR	125%BR	150% BR
Honoraires médicaux - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100%BR	105%BR	130% BR
Frais de séjour en établissement conventionné	100%BR	125%BR	175% BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100%BR	100%BR	125% BR
Frais de séjour en cas d'hospitalisation à l'étranger ⁽³⁾	100%BR	100%BR	100% BR
Chambre particulière non remboursée par la SS ⁽⁴⁾ /jour	Néant	25€/jour	45 €/jour
Lit accompagnant non remboursé par la SS d'un enfant affilié (max 30 j/an) ⁽⁵⁾	Néant	15€/jour	20 €/jour
SOINS COURANTS AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL CONVENTIONNÉ OU NON			
Honoraires paramédicaux	100%BR	100%BR	105%BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites, consultations en ligne pratiqué par un médecin adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100%BR	100%BR	125%BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites, consultations en ligne pratiqué par un médecin non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100%BR	100%BR	105%BR
Honoraires médicaux - Actes d'imagerie médicale et actes techniques médicaux pratiqués par un médecin adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100%BR	100%BR	125%BR
Honoraires médicaux - Actes d'imagerie médicale et actes techniques médicaux pratiqués par un médecin non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100%BR	100%BR	105%BR
Analyses et examens de laboratoires	100%BR	100%BR	125%BR
Médicaments remboursés par la SS à 65%, 35% et 15%	100%BR	100%BR	100%BR
Médicaments prescrits non remboursés par la SS - par an et par bénéficiaire	10 €/an	15€/an	30€/an
Matériel médical (Appareillage et prothèses médicales - hors aide auditive - prothèses dentaire et équipement optique)	100%BR	100%BR	125%BR
Frais de transport sanitaire (Ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR)	100%BR	100%BR	125%BR
AIDES AUDITIVES OU EQUIPEMENT (PAR OREILLE) - RENOUELEMENT PAR APPAREIL TOUS LES 4 ANS			
A compter du 1^{er} janvier 2021			
Equipeement 100% SANTÉ' (Classe I'')	Sans reste à payer (6)		
Equipeement AUTRE QUE 100% SANTÉ' (Classe II'')	Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la SS		
Appareillage auditif par oreille - par bénéficiaire	100%BR	100%BR	125%BR
Piles et entretien - par bénéficiaire	100%BR	100%BR	125%BR
Jusqu'au 31 décembre 2020			
Appareil auditif remboursé par la SS	100%BR	100%BR	125%BR
OPTIQUE - PAR EQUIPEMENT (MONTURE + 2 VERRES). POUR LES CAS DE RENOUELEMENT, Y COMPRIS ANTICIPÉS, SE RÉFÉRER AUX CONDITIONS GÉNÉRALES			
PANIER 100% SANTÉ			
Equipeement 100% Santé' (classe A)	Sans reste à payer (7)		
Prestation d'adaptation et d'appairage	100%BR	100%BR	100%BR
PANIER LIBRE *** - Équipement autre que 100% Santé (classe B)			
- Par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans***	25€	45€	50€
- Par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***	20€	25€	30€
- Par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans***	82,5€	82,5€	82,5€
- Par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***	90€	90€	90€
- Par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans***	82,5€	82,5€	82,5€
- Par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***	90€	90€	90€
- Par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans***	35€	50€	60€
- Par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***	20€	30€	35€
Prestation d'adaptation et d'appairage	100%BR	100%BR	100%BR
Lentilles prescrites remboursées par la SS ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la SS - par an et par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans*** (8)	100% BR + 30 €	100% BR + 50 €	100% BR + 60 €
Lentilles prescrites remboursées par la SS ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la SS - par an et par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*** (8)	100% BR + 30 €	100% BR + 45 €	100% BR + 50 €
Chirurgie optique réfractive - par œil et par bénéficiaire	10% PMSS les 2 yeux	10% PMSS les 2 yeux	10% PMSS les 2 yeux
Plafond Lentilles et chirurgie de l'œil (valable pendant 2 ans)	10% PMSS	10% PMSS	10% PMSS
DENTAIRE - AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL			
SOINS ET PROTHESES 100% SANTE'			
A compter du 1^{er} janvier 2020 - Couronnes et bridge	Sans reste à payer (7)		
A compter du 1^{er} janvier 2021 - Prothèses amovibles	Sans reste à payer (7)		
PANIER RESTE A CHARGE MAITRISÉ **			
PANIER LIBRE ***			
SOINS - Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire (7)	100%BR	125%BR	150%BR
Inlays / Onlays à tarifs libres	100%BR	125%BR	150%BR
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la SS (couronne transitoire, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	100%BR	150%BR	200%BR
Inlay Core à tarifs libres	100%BR	150%BR	200%BR
Orthodontie remboursée par la SS - par semestre de traitement et par bénéficiaire (9)	150%BR	150%BR	200%BR
Prothèse dentaire, implant, pilier implantaire, parodontologie non remboursés par la SS/an/bénéficiaire	Néant	100€/an	150€/an
Plafond dentaire annuel pour l'ensemble des prestations remboursées ou non par la SS (uniquement pour le panier reste à charge maîtrisée, le panier libre et l'implantologie) Au-delà de ce plafond, la prise en charge à hauteur de 100% BR est assurée.	450 €	675 €	810 €
PACK PRÉVENTION, MÉDECINES DOUCES ET SANTÉ AU QUOTIDIEN			
Cure thermale remboursée par la SS :			
-Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	Néant	100%BR	125%BR
-Forfait transport et hébergement thermique - Forfait global annuel	Néant	100€/an	150€/an
Actes ou frais d'acupuncture, de chiropraxie, d'ostéopathie, et d'homéopathie non remboursés par la SS (10)	Néant	Néant	75€/an
Vaccins non remboursé par la SS (hépatite A, typhoïde, fièvre jaune) (11)	Néant	30€/an	35€/an
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par la SS	Néant	Néant	50€/an
GARANTIES OBSÈQUES (EN CAS DE DÉCÈS DE L'AFFILIÉ OU D'UN AYANT-DROIT)			
Adulte jusqu'à 75 ans et enfant > 12 ans (délai de carence de 6 mois)	100%PMSS	100%PMSS	100%PMSS
Adulte à partir de 76 ans (délai de carence de 6 mois)	Degressivité de 10% par an avec un plancher de 20% du PMSS		
ASSISTANCE			
Assistance	Oui	Oui	Oui

(1) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) - en adhérent à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous. (3) En cas d'hospitalisation dans un pays étranger, la prise en charge des frais de séjour par l'assureur est limitée aux bases indiquées au paragraphe 3.2.4 Actes effectués à l'étranger. (4) Cette prise en charge est exclue en cas d'hospitalisation dans les milieux spécialisés (cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) et dans les établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Elle est limitée à 45 jours par an et par bénéficiaire pour les 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 conventionné. (5) Cette prise en charge est exclue en cas d'hospitalisation dans les milieux spécialisés (cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), dans les établissements non conventionnés et dans les établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (6) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis dans la notice d'information. (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies dans la notice d'information. (8) Les prestations «remboursées» et «non remboursées» ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations. (9) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement. (10) Dans la limite de 30 € / acte. Le remboursement s'effectue sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel. (11) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM est assurée.

* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. ** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans la notice d'information.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale; FR : Frais réels; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; SS : sécurité sociale; TM : Ticket Modérateur. Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise); SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

SPVIE Santé Famille + : Tableau de garanties

Les remboursements sont exprimés en y compris remboursement de l'Assurance maladie Obligatoire, dans la limite des frais réels engagés.

		Niveau D	Niveau E
HOSPITALISATION - (EN MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE, PSYCHIATRIE - HORS CHIRURGIE ESTHETIQUE)			
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la SS ⁽¹⁾		100%FR	100%FR
Sans limitation de durée			
Honoraires médicaux - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾		200%BR	300%BR
Honoraires médicaux - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾		180%BR	200%BR
Frais de séjour en établissement conventionné		225%BR	300%BR
Frais de séjour en établissement non conventionné		150%BR	200%BR
Frais de séjour en cas d'hospitalisation à l'étranger ⁽³⁾		100%BR	100%BR
Chambre particulière non remboursée par la SS ⁽⁴⁾ /jour		60€/ jour	75€/ jour
Lit accompagnant non remboursé par la SS d'un enfant affilié (max 30 j/an) ⁽⁵⁾		25€/ jour	30€/ jour
SOINS COURANTS AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL CONVENTIONNÉ OU NON			
Honoraires paramédicaux		155%BR	200%BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites, consultations en ligne pratiqué par un médecin adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾		175%BR	250%BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites, consultations en ligne pratiqué par un médecin non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾		155%BR	200%BR
Honoraires médicaux - Actes d'imagerie médicale et actes techniques médicaux pratiqués par un médecin adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (2)		150%BR	200%BR
Honoraires médicaux - Actes d'imagerie médicale et actes techniques médicaux pratiqués par un médecin non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (2)		130%BR	180%BR
Analyses et examens de laboratoires		175%BR	200%BR
Médicaments remboursés par la SS à 65%, 35% et 15%		100%BR	100%BR
Médicaments prescrits non remboursés par la SS - par an et par bénéficiaire		40€/an	60€/an
Matériel médical (Appareillage et prothèses médicales - hors aide auditive - prothèses dentaire et équipement optique)		150%BR	200%BR
Frais de transport sanitaire (Ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR)		150%BR	200%BR
AIDES AUDITIVES OU EQUIPEMENT (PAR OREILLE) - RENOUELLEMENT PAR APPAREIL TOUS LES 4 ANS			
A compter du 1 ^{er} janvier 2021			
Equipement 100% SANTÉ* (Classe I [°])	Sans reste à payer (6)		
Equipement AUTRE QUE 100% SANTÉ* (Classe II [°])	Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la SS		
Appareillage auditif par oreille - par bénéficiaire	150%BR		200%BR
Piles et entretien - par bénéficiaire	150%BR		200%BR
Jusqu'au 31 décembre 2020			
Appareil auditif remboursé par la SS	150%BR		200%BR
OPTIQUE - PAR EQUIPEMENT (MONTURE + 2 VERRES), POUR LES CAS DE RENOUELLEMENT, Y COMPRIS ANTICIPÉS, SE RÉFÉRER AUX CONDITIONS GÉNÉRALES			
PANIER 100% SANTÉ			
Equipement 100% Santé* (classe A)	Sans reste à payer (7)		
Prestation d'adaptation et d'appairage	100%BR		100%BR
PANIER LIBRE *** - Équipement autre que 100% Santé (classe B)			
- Par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans***	65€		80€
- Par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***	35€		45€
- Par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans***	95€		105€
- Par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***	90€		90€
- Par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans***	95€		105€
- Par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***	90€		90€
- Par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans***	75€		80€
- Par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***	45€		55€
Prestation d'adaptation et d'appairage	100%BR		100%BR
Lentilles prescrites remboursées par la SS ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la SS - par an et par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans*** (8)	100% BR + 90 €		100% BR + 120 €
Lentilles prescrites remboursées par la SS ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la SS - par an et par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*** (8)	100% BR + 70 €		100% BR + 90 €
Chirurgie optique réfractive - par œil et par bénéficiaire	10% PMSS les 2 yeux		10% PMSS les 2 yeux
Plafond Lentilles et chirurgie de l'œil (valable pendant 2 ans)	10% PMSS		10% PMSS
DENTAIRE - AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL			
SOINS ET PROTHESES 100% SANTE*			
A compter du 1 ^{er} janvier 2020 - Couronnes et bridge	Sans reste à payer (7)		
A compter du 1 ^{er} janvier 2021 - Prothèses amovibles	Sans reste à payer (7)		
PANIER RESTE A CHARGE MAITRISÉ **			
PANIER LIBRE ***			
SOINS - Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire (7)	200%BR		250%BR
Inlays / Onlays à tarifs libres	200%BR		250%BR
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la SS (couronne transitoire, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	250%BR		275%BR
Inlay Core à tarifs libres	250%BR		275%BR
Orthodontie remboursée par la SS - par semestre de traitement et par bénéficiaire (9)	250%BR		275%BR
Prothèse dentaire, implant, pilier implantaire, parodontologie non remboursés par la SS/an/bénéficiaire	250€/an		300€/an
Plafond dentaire annuel pour l'ensemble des prestations remboursées ou non par la SS (uniquement pour le panier reste à charge maîtrisée, le panier libre et l'implantologie) Au-delà de ce plafond, la prise en charge à hauteur de 100% BR est assurée.	900 €		1080 €
PACK PRÉVENTION, MÉDECINES DOUCES ET SANTÉ AU QUOTIDIEN			
Cure thermique remboursée par la SS :			
-Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique	150%BR		200%BR
-Forfait transport et hébergement thermique - Forfait global annuel	200€/an		250€/an
Actes ou frais d'acupuncture, de chiropraxie, d'ostéopathie, et d'homéopathie non remboursés par la SS (10)	100€/an		125€/an
Vaccins non remboursés par la SS (hépatite A, typhoïde, fièvre jaune) (11)	40€/an		50€/an
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par la SS	60€/an		70€/an
GARANTIES OBSÈQUES (EN CAS DE DÉCÈS DE L'AFFILIÉ OU D'UN AYANT-DROIT)			
Adulte jusqu'à 75 ans et enfant > 12 ans (délai de carence de 6 mois)	100%PMSS		100%PMSS
Adulte à partir de 76 ans (délai de carence de 6 mois)	Dégressivité de 10% par an avec un plancher de 20% du PMSS		
ASSISTANCE			
Assistance	Oui		Oui

(1) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles; (2) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérent à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous; (3) En cas d'hospitalisation dans un pays étranger, la prise en charge des frais de séjour par l'assureur est limitée aux bases indiquées au paragraphe 3.2.4 Actes effectués à l'étranger; (4) Cette prise en charge est exclue en cas d'hospitalisation 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) tels que définis à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Elle est limitée à 45 jours par an et par bénéficiaire pour les 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 conventionné; (5) Cette prise en charge est exclue en cas d'hospitalisation dans les milieux spécialisés (cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), dans les établissements non conventionnés et dans les établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Elle est limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés, en unité de soins psychiatriques, en maison de repos et centre de convalescence; (6) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis dans la notice d'information; (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies dans la notice d'information; (8) Les prestations «remboursées» et «non remboursées» ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations; (9) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement; (10) Dans la limite de 30 € / acte. Le remboursement s'effectue sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel; (11) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM est assurée

* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. ** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans la notice d'information. *** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale; FR : Frais réels; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; SS : sécurité sociale; TM : Ticket Modérateur; Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise); SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier

SPVIE

Santé Famille⁺

FICHE PRODUIT

SPVIE Assurances en quelques chiffres



88M€
de chiffre
d'affaires



4^{ème}
Courtier
grossiste
en 2021

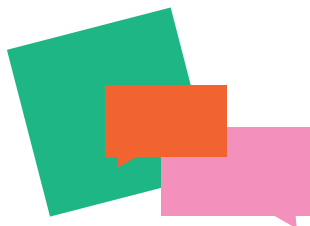


1 500
courtiers
partenaires



+600
collaborateurs

SPVIE Assurances est un courtier grossiste dédié à la commercialisation de produits d'assurance à travers un réseau de courtiers de proximité.



Venez nous tester !

L'équipe SPVIE Assurances répond à vos questions
au 01 88 46 70 25 ou par mail à servicepro@spvie.com

SPVIE Assurances • SAS de courtage au capital de 48 868,30 € • Siège social : 26 rue Pagès - 92150 Suresnes • RCS de Nanterre n° 525 355 251 • N° ORIAS 10 058 151 (www.orientas.fr) • Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière (articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances) • sous le contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) • Tel : 01 87 15 69 99 • Exerce son activité selon les dispositions de l'article L 520-1 II b du Code des assurances, la liste des assureurs partenaires est disponible sur demande • Réclamation : Service Réclamation, 26 rue Pagès 92150 Suresnes CEDEX • Médiation : le Médiateur de l'Assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Il peut être saisi par l'un quelconque des moyens suivants : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org.