

APIVIA SAKIFO

Ce devis a été élaboré par CABT ASSURANCES COURTAGE SERENITE au vu des renseignements que vous lui avez fournis et il ne deviendra contractuel qu'après réception de votre demande d'adhésion signée.

➤ RÉALISÉ POUR

Civilité : **M** Nom : **FERRAND** Prénom : **FERRAND**
Adresse : **10 CHEMIN MARENCOURT**
Code postal : **97441** Ville : **STE SUZANNE**
Tél : Mobile :
Email :

➤ BENEFICIAIRES

Assuré principal : **23ans*** Assuré social, code postal : **97441**
Conjoint : **0**
Bénéficiaire : **0**

* Age millésimé à date d'effet 2020

➤ GARANTIES CHOISIES

Effet demandé pour : **01/01/2020** Tarif valable jusqu'au : **31/12/2020**
Niveau : **M4** Année tarifaire : **2020**
Pack :
Frais de dossier : **30,00 €**
Montant de la cotisation mensuelle (hors frais de dossier) : **41,85 €**

Votre cotisation tient compte de votre lieu de résidence et elle évolue à chaque échéance anniversaire, en fonction de l'évolution générale des dépenses de santé et de votre âge. Elle comprend les frais accessoires, les cotisations statutaires associatives et le cas échéant les cotisations correspondant aux options de garanties choisies. Elle évolue aussi en fonction des changements législatifs, réglementaires ou fiscaux, ayant un impact sur les contrats d'assurance santé.

➤ VOTRE COURTIER CONSEIL

CABT ASSURANCES COURTAGE SERENITE
ORIAS n°14000663 (www.orias.fr)
14 RUE MARCELIN ALBERT
11000 CARCASSONNE

■ Date : **24/06/2019**

APIVIA SAKIFO

Le document d'information sur le produit d'assurance (DIPA) correspondant à l'offre proposée est annexé au présent devis.

Vous pourrez obtenir l'enregistrement de votre contrat complémentaire santé dès signature manuscrite ou électronique de votre bulletin d'adhésion, et la prise d'effet de vos garanties vous sera confirmée par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

Ce devis concerne un contrat groupe à adhésion facultative conclu entre l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA et APIVIA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculée au RCS sous le N° 775 709 710 et dont le siège est situé 45-49 avenue Jean Moulin – 17034 LA ROCHELLE CEDEX 1.

La présente proposition fait l'objet d'une rémunération, sous la forme de commissions versées au courtier, déterminée en fonction de la nature des gammes de produits, et des coûts engagés pour l'exercice de sa prestation de conseil. Les données à caractère personnel recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par APIVIA et/ou le Courtier. Ces traitements ont un caractère obligatoire dans le cadre de la conclusion et de la gestion du présent contrat. À défaut, le contrat ne peut être conclu ou exécuté. Elles pourront être transmises aux entités filiales ou partenaires de l'Assureur ainsi qu'aux partenaires du Courtier, aux mêmes fins.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification, d'opposition, de portabilité et de suppression des données qui vous concernent. Pour l'exercer, envoyez un courrier à l'une des adresses suivantes : 45 à 49 avenue Jean Moulin, 17000 LA ROCHELLE ou 108 rue Ronsard, 37100 TOURS. APIVIA Mutuelle est soumise à l'autorité de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Pour toute autre demande, vous pouvez contacter le conseiller qui vous a sollicité ou le Cabinet, dont l'adresse et les coordonnées figurent sur le présent document.

En cas de réclamation, vous pouvez écrire au service Réclamations du Cabinet à l'adresse de son siège social, qui traitera votre réclamation et/ou la transmettra au service réclamation de l'assureur.

En cas d'absence de réponse dans les 60 jours, ou de réponse non satisfaisante à votre réclamation, vous pouvez demander l'intervention du Médiateur dont dépend votre conseil. Ce dernier vous communiquera les coordonnées du Médiateur sur simple demande. IMPORTANT – Le Médiateur se déclarera compétent uniquement si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

Nombre de personnes garanties : 1

Votre cotisation tient compte de votre lieu de résidence et elle évolue à chaque échéance anniversaire, en fonction de l'évolution générale des dépenses de santé et de votre âge. L'âge est déterminé par la différence entre le millésime de l'année de souscription et celui de l'année de naissance. Elle comprend les frais accessoires, les cotisations statutaires associatives, et le cas échéant les cotisations correspondant aux options de garanties choisies. Elle évolue aussi en fonction des changements législatifs, réglementaires ou fiscaux, ayant un impact sur les contrats d'assurance santé.

➤ NOS ENGAGEMENTS

- Une adhésion immédiate
- Sans délais d'attente
- Sans exclusion (médicale, territoriale, professionnelle)
- Sans questionnaire médical
- Éligible Loi Madelin (sous conditions, se reporter aux Conditions Générales)
- Gratuité des enfants dès le 3e

➤ POUR MIEUX VOUS SERVIR ...

- Paiement mensuel des cotisations (au 5, au 10 ou au 15 et sans surprime)
- Remboursements sous 48 h
- Décompte de prestations sous 24 h
- Tiers payant Alмеры
- Accès gratuit aux réseaux de soins et services Santéclair
- Espace adhérent en ligne
- Appli mobile et carte de Tiers Payant digitale
- Service de téléconsultation médicale

Tableau de garanties / Apivia Sakifo

Extraits des notices d'informations, se conformer aux conditions générales annexées au bulletin d'adhésion. Les niveaux 1 à 5 sont responsables au sens du Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

		Niveau responsable
		M4
Hospitalisation	Honoraires des chirurgiens (y compris maternité)	250%
	Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (DPTAM)	Dès la 2 ^e année 275%
	BONUS FIDÉLITÉ (+25%)	Dès la 3 ^e année 300%
	Honoraires des chirurgiens (y compris maternité)	175%
	Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (hors DPTAM)	
	Frais de séjour en établissement conventionné (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels
	Frais de séjour en établissement non conventionné	100%
	Forfait journalier Hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière (avec nuitée) :	70 € / jour
	Chirurgie - Médecine - Maternité - Durée illimitée	
	Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - Durée limitée à 60 jours par an	40 € / jour
	Frais d'accompagnant : Limités à 30 jours par an	20 € / jour
	Ascendant - Descendant - Collatéraux	
	Frais de transport acceptés par le RO	100%
	Confort à l'hôpital :	10 € / jour
	Dès la 1 ^{re} nuit d'hospitalisation (1) - Limité à 20 jours par séjour	
	TV - Internet - Téléphone - Presse	
	Forfait hospitalisation à la journée (2)	20 € / jour
	Frais de soins et de séjour à l'étranger	110%
	Accident, hospitalisation urgente ou non (y compris en ambulatoire), maternité, pathologie lourde... Vous avez besoin d'aide ?	
	Apivia Assistance vous accompagne et vous apporte des solutions d'aide à la vie quotidienne : aide ménagère, fermeture du domicile quitté en urgence, garde d'animaux...	
Optique (3)	Equipelement 100% Santé - Sans reste à charge	Rbt intégral
	Equipelement 2 verres simples + monture	300€
	Equipelement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture	400€
	Equipelement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)	350€
	Dont monture - Jusqu'au 31/12/2019	100€
	A partir du 01/01/2020	100€
	Lentilles de correction remboursables ou non par le RO - Par an	200€
	Intervention sur l'oeil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires - Par oeil et par an	300€
	Vous recherchez un ophtalmologue ou un opticien ? Géolocalisez les partenaires Santéclair depuis votre espace adhérent apivia.fr et profitez de tarifs négociés pour vous : jusqu'à moins 40% chez 3050 opticiens, moins 30% dans 45 centres de chirurgie réfractive...	
Dentaire	Soins et prothèses 100% Santé - Sans reste à charge	Rbt intégral
	Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO	125%
	Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO	225%
	BONUS FIDÉLITÉ (+25%)	Dès la 2 ^e année 250%
		Dès la 3 ^e année 275%
	Orthodontie remboursée par le RO	225%
	Orthodontie remboursée par le RO	300€
	Prothèses - Implants et soins dentaires - Forfait par an	3 actes
Aides auditives	Equipelement 100% Santé - Sans reste à charge - Par oreille et par an	Rbt intégral
	Appareils auditifs (4) - Par oreille	100% + 525 €
	Entretien - Piles - Accessoires - Par an	100% + 40 €
	Vous souhaitez consulter un audioprothésiste sélectionné sur des critères de qualité ? Découvrez les partenaires Santéclair sur votre espace adhérent apivia.fr et les nombreux avantages qui vous sont réservés : moins 35 % sur les aides auditives, 20% de remise sur les piles, 10% sur les produits d'entretien et accessoires, facilités de paiement...	
Soins courants	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) :	175%
	Actes techniques médicaux - Radiologie (DPTAM)	Dès la 2 ^e année 200%
	BONUS FIDÉLITÉ (+25%)	Dès la 3 ^e année 225%
	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) :	150%
	Actes techniques médicaux - Radiologie (hors DPTAM)	
	Analyses - Examens de laboratoire	175%
	Honoraires paramédicaux :	175%
	Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes	
	Médicaments, vaccins et homéopathie remboursés par le RO	100%
	Matériel médical :	175%
	Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique	
	Frais de soins et de séjour à l'étranger	110%

Bien-être & Prévention	Médecines douces : Ostéopathie - chiropractie - Acupuncture - étioopathie - Homéopathie - Naturopathie - Podologie/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnose thérapeutique - Montant par séance	30 € / séance
	Nombre de séance par an	4
	Cures thermales prescrites remboursées par le RO :	100% + 100 € / an
	Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement - Par an	
	Dépistage et Prévention (actes non remboursés par le RO) :	100 € / an
	Vaccins prescrits non pris en charge - Traitement antipaludéen pour les voyages - Substituts nicotiniques (en complément de la Sécurité sociale) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué AFSSAPS - Par an	
	Vous souhaitez préserver votre santé et votre bien-être ! Retrouvez les services de coaching nutrition, sportif et sommeil Santéclair sur votre espace adhérent apivia.fr ainsi que les réseaux de diététiciens, d'ostéopathes et de chiropracteurs partenaires.	
Allocation Obsèques	*Souscription pour les adhérents jusqu'à 65ans	Forfait 1000€
	GARANTIE EN INCLUSION* : En cas de décès d'un adhérent jusqu'à 66 ans et de leurs enfants à charge fiscalement. <i>Extinction de la garantie : à la veille de la date anniversaire dans l'année des 66 ans des adhérents.</i>	
	OPTION COMPLEMENTAIRE *	Doublement du capital versé
	L'option permet de doubler le capital, soit une allocation obsèques de 2000€ et d'être couvert durant toute la durée du contrat sans limite d'âge.	
Avantages & Services	Téléconsultation médicale	✓
	Assistance santé (5) vie quotidienne 24h/24 & 7j/7	✓
	Protection Juridique Médicale (5)	✓
	Réseaux de soins SANTÉCLAIR	✓
	Appli mobile : gestion compte adhérents / carte TP numérique	✓
	Accompagnement en cas de maladies redoutées (10% réduction sur le site Oncovia)	✓
	Eligibilité Madelin	✓
	Eligibilité Packs Optionnels	✓

RO : Régime Obligatoire

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

Le DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés [OPTAM (pour les médecins de secteur 2), OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et qui remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS)].

- Les frais de confort à l'hôpital, sont pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation d'au moins 1 nuit . Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait hospitalisation à la journée. Prise en charge jusqu'à 20 jours par séjour, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée à adresser au service prestations d'Apivia Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9.
- Participation aux frais engagés lors d'une hospitalisation dite à la journée. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait confort hospitalier. Remboursement sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée à adresser au service prestations d'Apivia Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9.
- Les forfaits (hors Optique) sont valables par an et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Le nombre d'équipements Optique (2 verres + 1 monture) est limité selon les décrets en vigueur à 1 équipement TOUS LES 2 ANS par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 18 ans (16 ans à partir du 1er janvier 2020) ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, Les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an (se reporter aux conditions générales du contrat). Le forfait attribué pour la monture selon les décrets en vigueur ne pourra pas excéder 150 € jusqu'au 31/12/2019 et 100 € à partir du 01/01/2020.
- La durée minimale avant renouvellement est fixée à 4 ans, conformément à l'arrêté du 14 novembre 2018 portant sur la modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
- Se reporter aux conventions Garantie Assistance, Protection Juridique Médicale (incluses aux conditions générales du contrat santé).

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

APIVIA SAKIFO

Apivia Mutuelle - Mutuelle enregistrée en France et régie par le livre II du Code de la mutualité SIREN : 775 709 710



Ce document d'information vous 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, notamment les niveaux de remboursement qui seront détaillés dans les tableaux de garanties.

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

Le contrat complémentaire santé est destiné à compléter les prestations versées par la Sécurité Sociale à l'occasion d'une maladie ou d'un accident, dans la limite des frais réellement exposés, pour le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat. Ce produit niveau 1 à 5 respecte les conditions légales des contrats responsables, ce produit niveau 6 ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables et n'est pas éligible au dispositif fiscal Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

LES GARANTIES PRÉVUES dans votre garantie de base

Hospitalisation et maternité

- ✓ Honoraires, Frais de séjour, Forfait Journalier
- ✓ Frais de transport
- ✓ Soins à l'étranger
- Chambre particulière
- Forfait hospitalisation à la journée

Optique

- ✓ Lunettes (monture et verres)
- ✓ Lentilles de contact
- Chirurgie corrective ou réfractive

Dentaire

- ✓ Soins et radiologie dentaires
- ✓ Prothèses dentaires et Orthodontie remboursées
- Prothèses et Orthodontie non remboursées

Appareillage

- ✓ Prothèses auditives
- ✓ Matériel médical

Soins courants

- ✓ Consultations/visites, Radiologie, Analyses biologiques, Honoraires paramédicaux
- ✓ Pharmacie (65%/30%/15%)

Bien-être Prévention

- ✓ Dépistage et prévention non remboursés
- ✓ Médecines douces
- Cures thermales

LES GARANTIES EN INCLUSION

Garantie Allocation Obsèques

LES GARANTIES EN OPTION

Pharmacie prescrite non remboursée et automédication
Forfait Allocation naissance
Parodontologie et orthodontie non remboursées
Équipement protection lumière bleue et basse vision/malvoyance
Abonnement Sportif

ASSISTANCE ET AIDE À DOMICILE

- ✓ Accompagnement entrée/sortie d'hospitalisation
- ✓ Assistance et aide à domicile (aide ménagère, garde/soutien scolaire/conduite à l'école des enfants, garde des animaux...)
- ✓ Garantie aide aux aidants
- ✓ Prévention et coaching

LES SERVICES EN PLUS

- ✓ Télémédecine
- ✓ Tiers-payant national
- ✓ Réseaux de soins Santéclair

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement accordées dans le contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour,
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les participations forfaitaires prélevées par le régime obligatoire (II de l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale)
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue

PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT

- ! Chambre particulière : limitation du nombre de jours de prise en charge dans les disciplines spécialisées
- ! Postes de garanties incluant un forfait : prise en charge limitée annuellement
- ! Médecines douces : limitation du nombre de séances prises en charge annuellement



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La validité des garanties s'exerce sur tout le territoire national, départements 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 française dont dépend l'assuré. En cas d'hospitalisation à l'étranger, les frais de séjours seront calculés sur la base des remboursements du régime d'Assurance maladie obligatoire français en établissements non conventionnés.



Quelles sont mes obligations ?

- **À la souscription du contrat :**
 - Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur.
 - Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
 - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat :**
 - Fournir 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.
 - Informer l'assureur dans les 30 jours qui suivent la connaissance d'un des événements suivants :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, retraite.
 - Changement de profession ou situation professionnelle : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Le règlement des cotisations, sur l'ensemble des moyens de paiement disponibles, s'effectuera prioritairement par prélèvement automatique. Il est possible de demander, sans frais supplémentaires, un fractionnement du paiement de la cotisation au semestre, au trimestre ou au mois. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, le défaut de paiement d'une seule fraction dans les quinze jours de son échéance, entraîne l'exigibilité immédiate de l'intégralité de la cotisation annuelle. 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.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat commence à partir de la date indiquée sur le certificat d'adhésion. Il est souscrit pour une période de 12 mois à compter de la date d'effet. Il est ensuite reconduit tacitement chaque année à compter de la date anniversaire du contrat et prend fin à la date de résiliation du contrat selon les délais et modalités prévus au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- L'adhérent peut demander la résiliation de l'adhésion par envoi recommandé, signé par lui-même et adressé au siège du centre de gestion
- A l'échéance anniversaire de la date de sa prise d'effet, moyennant un préavis d'au moins deux mois (cachet de la poste faisant foi).
 - En cas de modification de ses droits dans un délai d'un mois à compter de l'information reçue.
 - En cours d'année pour modification de risque en cas de survenance d'un des événements suivants :
 - Changement de situation matrimoniale et familiale.
 - Changement de régime matrimonial.
 - Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.
 - Changement de situation professionnelle ou de profession.