ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité
N° SIREN 781166293 -
6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9
Produit : COMMU 1

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 contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?
Le produit d'Assurance Complémentaire Santé "COMMU 1" est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit destiné aux particuliers et TNS (travailleurs non salariés) membres de l'association Mandarine respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau panier de soins "100% Santé" ou "Reste à charge O" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse. Le produit est éligible à la Loi Madelin. Il inclut également des options facultatives et des services associés.

QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge. Les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES
✓ **Hospitalisation :** honoraires médicaux et chirurgicaux, actes médicaux, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour, chambre particulière hors maternité, frais d'accompagnant adulte et enfant, frais de location de TV
✓ **Soins courants :** honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, tous médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical
✓ **Frais optiques :** équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO y compris jetables
✓ **Frais dentaires :** soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise en charge par le RO.
✓ **Aides auditives :** équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres
✓ **Bien-être et Prévention :** Médecine douce : chiropracteur, ostéopathe, étiopathe, pédicure, podologue, diététicien, acupuncteur, homéopathe (praticiens diplomés) par séance, Prévention : pharmacie, ostéodensitométrie, pilule contraceptive et vaccins prescrits non pris en charge par le RO
✓ **Transport** : Frais de transport pris en charge par le RO
✓ **Cures thermales prise en charge par le RO** : frais médicaux, de séjours et de transport
✓ **Maternité** : Forfait maternité - adoption, chambre particulière
✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. Conditions Générales d'Utilisation "Téléconsultation médicale")
✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et pour les soins courants
✓ Prise en charge du Forfait Patient Urgences
✓ Actes de prévention conformément à l'arrêté ministériel du 08/06/06

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS *
✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent,
✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)
✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)
✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)
✓ Protection Juridique Pro (information juridique, protection pénale et disciplinaire)
✓ ANGEL (une équipe pluridisciplinaire répond à toutes les questions médicales et sociales pour vous et vos proches)
* soumis à condition (cf. notice d'information)

Avantage
Bonus fidélité optique si non consommation 1 an ou 2 ans après les 2 ans obligatoire

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat

QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
X les dépenses soins ou interventions non pris en charge par le RO, sauf cas particuliers prévus dans les garanties souscrites
X lorsque l'adhérent bénéficie de la part de son RO d'un remboursement à 100% et que les garanties souscrites ne prévoient pas de dépassement
X le forfait journalier hospitalier illimité en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
X la chambre particulière exclue en ambulatoire
X les cures thermales en thalassothérapie

Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :
! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boites de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires
! la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
! les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)
! **Optique** : prise en charge d'un équipement (monture et verres) tous les deux ans, réduite pour les mineurs en fonction de leur âge ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue
! **Aides auditives** : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive

PRINCIPALES RESTRICTIONS :
! **Hospitalisation :** Prise en charge limitée au Ticket Modérateur (TM) en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie.
! **Chambre particulière :** limitée à 30 jours par hospitalisation en médecine et chirurgie, et à 30 jours par année civile en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation
! **Frais d'accompagnant :** limités à 20 jours par hospitalisation
! **Frais de location TV :** limités à 36 jours par hospitalisation
! **Bien-être :** médecine douce limitée à maximum 4 séances par an. Forfait annuel pour l'ostéodensitométrie, pour les pilules contraceptives et les vaccins prescrits non remboursés par le RO
! **Dentaire :** plafond annuel de 1 000 € sur l'ensemble des forfaits "prothèses dentaires, bridge dentaire, appareil stellite" hors panier de soins 100% Santé. Au-delà remboursement à hauteur du TM (conformément au panier de soins)
! **Maternité :** pas de majoration en cas de naissances ou adoptions multiples

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité
N° SIREN 781166293 -
6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9
Produit : COMMU PLUS

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 contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?
Le produit d'Assurance Complémentaire Santé "COMMU PLUS" est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit destiné aux particuliers et TNS (travailleurs non salariés) membres de l'association Mandarine respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau panier de soins "100% Santé" ou "Reste à charge O" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse. Le produit est éligible à la Loi Madelin. Il inclut également des options facultatives et des services associés.

QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge. Les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES
✓ **Hospitalisation :** honoraires médicaux et chirurgicaux, actes médicaux, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour, chambre particulière hors maternité, frais d'accompagnant adulte et enfant, frais de location de TV
✓ **Soins courants :** honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, tous médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical
✓ **Frais optiques :** équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO y compris jetables
✓ **Frais dentaires :** soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise en charge par le RO.
✓ **Aides auditives :** équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres
✓ **Bien-être et Prévention :** Médecine douce : chiropracteur, ostéopathe, éthiopathe, pédicure, podologue, diététicien, acupuncteur, homéopathe (praticiens diplomés) par séance, pharmacie prescrite non pris en charge par le RO, ostéodensitométrie non pris en charge par le RO, pilule contraceptive prescrits par un médecin et non pris en charge par le RO, vaccins prescrits non pris en charge par le RO
✓ **Transport** : Frais de transport pris en charge par le RO
✓ **Cures thermales prise en charge par le RO** : frais médicaux, de séjours et de transport
✓ **Maternité** : Forfait maternité - adoption, chambre particulière
✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. Conditions Générales d'Utilisation "Téléconsultation médicale")
✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et pour les soins courants
✓ Prise en charge du Forfait Patient Urgences
✓ Actes de prévention conformément à l'arrêté ministériel du 08/06/06

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS
✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent,
✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)
✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)
✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)
✓ Protection Juridique Pro (information juridique, protection pénale et disciplinaire)
✓ ANGEL (une équipe pluridisciplinaire répond à toutes les questions médicales et sociales pour vous et vos proches)

Avantage
Bonus fidélité optique si non consommation 1 an ou 2 ans après les 2 ans obligatoire

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat

QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
X le forfait journalier hospitalier exclu en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
X les dépenses soins ou interventions non pris en charge par le RO, sauf cas particuliers prévus dans les garanties souscrites
X lorsque l'adhérent bénéficie de la part de son RO d'un remboursement à 100% et que les garanties souscrites ne prévoient pas de dépassement
X la chambre particulière exclue en ambulatoire
X les cures thermales en thalassothérapie

Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :
! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boites de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires
! la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
! les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)
! **Optique** : prise en charge d'un équipement (monture et verres) tous les deux ans, réduite pour les mineurs en fonction de leur âge ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue
! **Aides auditives** : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive

PRINCIPALES RESTRICTIONS :
! **Hospitalisation :** Prise en charge limitée au Ticket Modérateur (TM) en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie.
! **Chambre particulière :** limitée à 30 jours par hospitalisation en médecine et chirurgie, et à 30 jours par année civile en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation
! **Frais d'accompagnant :** limités à 20 jours par hospitalisation
! **Frais de location TV :** limités à 36 jours par hospitalisation
! **Bien-être :** médecine douce limitée à maximum 4 séances par an. Forfait annuel pour l'ostéodensitométrie, pour les pilules contraceptives et les vaccins prescrits non remboursés par le RO
! **Dentaire :** plafond annuel de 1 000 € sur l'ensemble des forfaits "prothèses dentaires, bridge dentaire, appareil stellite" hors panier de soins 100% Santé. Au-delà remboursement à hauteur du TM (conformément au panier de soins)
! **Maternité :** pas de majoration en cas de naissances ou adoptions multiples

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité
N° SIREN 781166293 -
6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9
Produit : COMMU 2

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 contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?
Le produit d'Assurance Complémentaire Santé "COMMU 2" est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit destiné aux particuliers et TNS (travailleurs non salariés) membres de l'association Mandarine respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau panier de soins "100% Santé" ou "Reste à charge O" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse. Le produit est éligible à la Loi Madelin. Il inclut également des options facultatives et des services associés.

QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge. Les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES
✓ **Hospitalisation :** honoraires médicaux et chirurgicaux, actes médicaux, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour, chambre particulière hors maternité, frais d'accompagnant adulte et enfant, frais de location de TV
✓ **Soins courants :** honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, tous médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical
✓ **Frais optiques :** équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO y compris jetables
✓ **Frais dentaires :** soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise en charge par le RO.
✓ **Aides auditives :** équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres
✓ **Bien-être et Prévention :** Médecine douce : chiropracteur, ostéopathe, étiopathe, pédicure, podologue, diététicien, acupuncteur, homéopathe (praticiens diplomés) par séance, Prévention : pharmacie, ostéodensitométrie, pilule contraceptive et vaccins prescrits non pris en charge par le RO
✓ **Transport** : Frais de transport pris en charge par le RO
✓ **Cures thermales prise en charge par le RO** : frais médicaux, de séjours et de transport
✓ **Maternité** : Forfait maternité - adoption, chambre particulière
✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. Conditions Générales d'Utilisation "Téléconsultation médicale")
✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et pour les soins courants
✓ Prise en charge du Forfait Patient Urgences
✓ Actes de prévention conformément à l'arrêté ministériel du 08/06/06

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS *
✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent,
✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)
✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)
✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)
✓ Protection Juridique Pro (information juridique, protection pénale et disciplinaire)
✓ ANGEL (une équipe pluridisciplinaire répond à toutes les questions médicales et sociales pour vous et vos proches)
* soumis à condition (cf. notice d'information)

Avantage
Bonus fidélité optique si non consommation 1 an ou 2 ans après les 2 ans obligatoire

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat

QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
X le forfait journalier hospitalier exclu en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
X les dépenses soins ou interventions non pris en charge par le RO, sauf cas particuliers prévus dans les garanties souscrites
X lorsque l'adhérent bénéficie de la part de son RO d'un remboursement à 100% et que les garanties souscrites ne prévoient pas de dépassement
X la chambre particulière exclue en ambulatoire
X les cures thermales en thalassothérapie

Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :
! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boites de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires
! la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
! les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)
! **Optique** : prise en charge d'un équipement (monture et verres) tous les deux ans, réduite pour les mineurs en fonction de leur âge ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue
! **Aides auditives** : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive

PRINCIPALES RESTRICTIONS :
! **Hospitalisation :** Prise en charge limitée au Ticket Modérateur (TM) en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie.
! **Chambre particulière :** limitée à 30 jours par hospitalisation en médecine et chirurgie, et à 30 jours par année civile en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation
! **Frais d'accompagnant :** limités à 20 jours par hospitalisation
! **Frais de location TV :** limités à 36 jours par hospitalisation
! **Bien-être :** médecine douce limitée à maximum 4 séances par an. Forfait annuel pour l'ostéodensitométrie, pour les pilules contraceptives et les vaccins prescrits non remboursés par le RO
! **Dentaire :** plafond annuel de 1 000 € sur l'ensemble des forfaits "prothèses dentaires, bridge dentaire, appareil stellite" hors panier de soins 100% Santé. Au-delà remboursement à hauteur du TM (conformément au panier de soins)
! **Maternité :** pas de majoration en cas de naissances ou adoptions multiples

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité
N° SIREN 781166293 -
6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9
Produit : COMMU 3

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 contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?
Le produit d'Assurance Complémentaire Santé "COMMU 3" est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit destiné aux particuliers et TNS (travailleurs non salariés) membres de l'association Mandarine respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau panier de soins "100% Santé" ou "Reste à charge O" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse. Le produit est éligible à la Loi Madelin. Il inclut également des options facultatives et des services associés.

QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge. Les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES
✓ **Hospitalisation :** honoraires médicaux et chirurgicaux, actes médicaux, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour, chambre particulière hors maternité, frais d'accompagnant adulte et enfant, frais de location de TV
✓ **Soins courants :** honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, tous médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical
✓ **Frais optiques :** équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO y compris jetables
✓ **Frais dentaires :** soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise en charge par le RO.
✓ **Aides auditives :** équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres
✓ **Bien-être et Prévention :** Médecine douce : chiropracteur, ostéopathe, étiopathe, pédicure, podologue, diététicien, acupuncteur, homéopathe (praticiens diplomés) par séance, Prévention : pharmacie, ostéodensitométrie, pilule contraceptive et vaccins prescrits non pris en charge par le RO
✓ **Transport** : Frais de transport pris en charge par le RO
✓ **Cures thermales prise en charge par le RO** : frais médicaux, de séjours et de transport
✓ **Maternité** : Forfait maternité - adoption, chambre particulière
✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. Conditions Générales d'Utilisation "Téléconsultation médicale")
✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et pour les soins courants
✓ Prise en charge du Forfait Patient Urgences
✓ Actes de prévention conformément à l'arrêté ministériel du 08/06/06

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS *
✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent,
✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)
✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)
✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)
✓ Protection Juridique Pro (information juridique, protection pénale et disciplinaire)
✓ ANGEL (une équipe pluridisciplinaire répond à toutes les questions médicales et sociales pour vous et vos proches)
* soumis à condition (cf. notice d'information)

Avantage
Bonus fidélité optique si non consommation 1 an ou 2 ans après les 2 ans obligatoire

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat

QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
X le forfait journalier hospitalier exclu en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
X les dépenses soins ou interventions non pris en charge par le RO, sauf cas particuliers prévus dans les garanties souscrites
X lorsque l'adhérent bénéficie de la part de son RO d'un remboursement à 100% et que les garanties souscrites ne prévoient pas de dépassement
X la chambre particulière exclue en ambulatoire
X les cures thermales en thalassothérapie

Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :
! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boites de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires
! la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
! les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)
! **Optique** : prise en charge d'un équipement (monture et verres) tous les deux ans, réduite pour les mineurs en fonction de leur âge ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue
! **Aides auditives** : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive

PRINCIPALES RESTRICTIONS :
! **Hospitalisation :** Prise en charge limitée au Ticket Modérateur (TM) en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie.
! **Chambre particulière :** limitée à 30 jours par hospitalisation en médecine et chirurgie, et à 30 jours par année civile en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation
! **Frais d'accompagnant :** limités à 20 jours par hospitalisation
! **Frais de location TV :** limités à 36 jours par hospitalisation
! **Bien-être :** médecine douce limitée à maximum 4 séances par an. Forfait annuel pour l'ostéodensitométrie, pour les pilules contraceptives et les vaccins prescrits non remboursés par le RO
! **Dentaire :** plafond annuel de 1 500 € sur l'ensemble des forfaits "prothèses dentaires, bridge dentaire, appareil stellite" hors panier de soins 100% Santé. Au-delà remboursement à hauteur du TM (conformément au panier de soins)
! **Maternité :** pas de majoration en cas de naissances ou adoptions multiples

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
✓ 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.
✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)

À la souscription du contrat :
- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de votre contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

En cours de contrat :
- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des évènements suivants dès que vous en avez connaissance :
  => changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situtation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité
  => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

En cas de sinistre :
- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.
Dans le cas où vous adhérez en tant que TNS (travailleur non salarié), les cotisations à votre charge incluent la cotisation relative à l'adhésion à l'association A.N.P.P.I. (Association Nationale des Professions Indépendantes), située : 140, Avenue de la République – 92327 CHATILLON CEDEX) ouvrant droit à la déduction fiscale des cotisations des bénéfices industriels, commerciaux ou non commerciaux (BIC, BNC) en application de la "Loi Madelin" n°94126 du 11 février 1994. Cette cotisation associative est de 1,56 euros par an.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droits éventuellement désignés prend effet:
- le 1er jour du mois, si le bulletin d'adhésion est signé dans les quinze premiers jours du mois en cours ;
- le 1er jour du mois suivant, si le bulletin d'adhésion est signé postérieurement au 15 du mois

étant toutefois précisé que la date d'effet ne peut pas être rétroactive à la demande d'adhésion.
L'adhésion ne devient effective qu'après confirmation de la Mutuelle et règlement de la première cotisation.
La prise d'effet de votre adhésion est matéralisée par la signature de votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre adhésion ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion.

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droits éventuellement désignés prend fin:
- en exerçant votre droit de renonciation en nous adressant une lettre recommandée dans un délai de 14 jours qui commence à courir à compter de la date de signature de votre bulletin d'adhésion 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)-le jour de la prise d'effet de votre demande de dénonciation de votre affiliation auprès du souscripteur du contrat collectif
- en cas de résilation de votre adhésion auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations
- en cas résiliation du contrat collectif.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin à votre contrat :
- à sa date d'échéance, fixée au 31 décembre de chaque année civile, en adressant à l'interlocuteur désigné dans votre contrat* une notification par lettre, support durable ou tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, au mois deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre ;
- en raison des modifications apportées au contrat collectif auquel vous avez adhéré, en adressant à l'interlocuteur désigné dans votre contrat* une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information modificative ;
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais, ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification*.

* cette information est indiquée dans la notice d'information sur le contrat collectif auquel vous aurez adhéré qui vous sera remise par le souscripteur du contrat collectif.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
✓ 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.
✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)

À la souscription du contrat :
- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de votre contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

En cours de contrat :
- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des évènements suivants dès que vous en avez connaissance :
  => changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situtation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité
  => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

En cas de sinistre :
- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.
Dans le cas où vous adhérez en tant que TNS (travailleur non salarié), les cotisations à votre charge incluent la cotisation relative à l'adhésion à l'association A.N.P.P.I. (Association Nationale des Professions Indépendantes), située : 140, Avenue de la République – 92327 CHATILLON CEDEX) ouvrant droit à la déduction fiscale des cotisations des bénéfices industriels, commerciaux ou non commerciaux (BIC, BNC) en application de la "Loi Madelin" n°94126 du 11 février 1994. Cette cotisation associative est de 1,56 euros par an.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droits éventuellement désignés prend effet:
- le 1er jour du mois, si le bulletin d'adhésion est signé dans les quinze premiers jours du mois en cours ;
- le 1er jour du mois suivant, si le bulletin d'adhésion est signé postérieurement au 15 du mois

étant toutefois précisé que la date d'effet ne peut pas être rétroactive à la demande d'adhésion.
L'adhésion ne devient effective qu'après confirmation de la Mutuelle et règlement de la première cotisation.
La prise d'effet de votre adhésion est matéralisée par la signature de votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre adhésion ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion.

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droits éventuellement désignés prend fin:
- en exerçant votre droit de renonciation en nous adressant une lettre recommandée dans un délai de 14 jours qui commence à courir à compter de la date de signature de votre bulletin d'adhésion 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)-le jour de la prise d'effet de votre demande de dénonciation de votre affiliation auprès du souscripteur du contrat collectif
- en cas de résilation de votre adhésion auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations
- en cas résiliation du contrat collectif.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin à votre contrat :
- à sa date d'échéance, fixée au 31 décembre de chaque année civile, en adressant à l'interlocuteur désigné dans votre contrat* une notification par lettre, support durable ou tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, au mois deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre ;
- en raison des modifications apportées au contrat collectif auquel vous avez adhéré, en adressant à l'interlocuteur désigné dans votre contrat* une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information modificative ;
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais, ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification*.

* cette information est indiquée dans la notice d'information sur le contrat collectif auquel vous aurez adhéré qui vous sera remise par le souscripteur du contrat collectif.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
✓ 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.
✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)

À la souscription du contrat :
- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de votre contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

En cours de contrat :
- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des évènements suivants dès que vous en avez connaissance :
  => changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situtation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité
  => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

En cas de sinistre :
- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.
Dans le cas où vous adhérez en tant que TNS (travailleur non salarié), les cotisations à votre charge incluent la cotisation relative à l'adhésion à l'association A.N.P.P.I. (Association Nationale des Professions Indépendantes), située : 140, Avenue de la République – 92327 CHATILLON CEDEX) ouvrant droit à la déduction fiscale des cotisations des bénéfices industriels, commerciaux ou non commerciaux (BIC, BNC) en application de la "Loi Madelin" n°94126 du 11 février 1994. Cette cotisation associative est de 1,56 euros par an.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droits éventuellement désignés prend effet:
- le 1er jour du mois, si le bulletin d'adhésion est signé dans les quinze premiers jours du mois en cours ;
- le 1er jour du mois suivant, si le bulletin d'adhésion est signé postérieurement au 15 du mois

étant toutefois précisé que la date d'effet ne peut pas être rétroactive à la demande d'adhésion.
L'adhésion ne devient effective qu'après confirmation de la Mutuelle et règlement de la première cotisation.
La prise d'effet de votre adhésion est matéralisée par la signature de votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre adhésion ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion.

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droits éventuellement désignés prend fin:
- en exerçant votre droit de renonciation en nous adressant une lettre recommandée dans un délai de 14 jours qui commence à courir à compter de la date de signature de votre bulletin d'adhésion 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)-le jour de la prise d'effet de votre demande de dénonciation de votre affiliation auprès du souscripteur du contrat collectif
- en cas de résilation de votre adhésion auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations
- en cas résiliation du contrat collectif.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin à votre contrat :
- à sa date d'échéance, fixée au 31 décembre de chaque année civile, en adressant à l'interlocuteur désigné dans votre contrat* une notification par lettre, support durable ou tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, au mois deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre ;
- en raison des modifications apportées au contrat collectif auquel vous avez adhéré, en adressant à l'interlocuteur désigné dans votre contrat* une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information modificative ;
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais, ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification*.

* cette information est indiquée dans la notice d'information sur le contrat collectif auquel vous aurez adhéré qui vous sera remise par le souscripteur du contrat collectif.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
✓ 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.
✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)

À la souscription du contrat :
- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de votre contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

En cours de contrat :
- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des évènements suivants dès que vous en avez connaissance :
  => changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situtation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité
  => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

En cas de sinistre :
- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.
Dans le cas où vous adhérez en tant que TNS (travailleur non salarié), les cotisations à votre charge incluent la cotisation relative à l'adhésion à l'association A.N.P.P.I. (Association Nationale des Professions Indépendantes), située : 140, Avenue de la République – 92327 CHATILLON CEDEX) ouvrant droit à la déduction fiscale des cotisations des bénéfices industriels, commerciaux ou non commerciaux (BIC, BNC) en application de la "Loi Madelin" n°94126 du 11 février 1994. Cette cotisation associative est de 1,56 euros par an.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droits éventuellement désignés prend effet:
- le 1er jour du mois, si le bulletin d'adhésion est signé dans les quinze premiers jours du mois en cours ;
- le 1er jour du mois suivant, si le bulletin d'adhésion est signé postérieurement au 15 du mois

étant toutefois précisé que la date d'effet ne peut pas être rétroactive à la demande d'adhésion.
L'adhésion ne devient effective qu'après confirmation de la Mutuelle et règlement de la première cotisation.
La prise d'effet de votre adhésion est matéralisée par la signature de votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre adhésion ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion.

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droits éventuellement désignés prend fin:
- en exerçant votre droit de renonciation en nous adressant une lettre recommandée dans un délai de 14 jours qui commence à courir à compter de la date de signature de votre bulletin d'adhésion 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)-le jour de la prise d'effet de votre demande de dénonciation de votre affiliation auprès du souscripteur du contrat collectif
- en cas de résilation de votre adhésion auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations
- en cas résiliation du contrat collectif.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin à votre contrat :
- à sa date d'échéance, fixée au 31 décembre de chaque année civile, en adressant à l'interlocuteur désigné dans votre contrat* une notification par lettre, support durable ou tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, au mois deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre ;
- en raison des modifications apportées au contrat collectif auquel vous avez adhéré, en adressant à l'interlocuteur désigné dans votre contrat* une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information modificative ;
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais, ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification*.

* cette information est indiquée dans la notice d'information sur le contrat collectif auquel vous aurez adhéré qui vous sera remise par le souscripteur du contrat collectif.