

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurance : AREAS DOMMAGES, société d'assurance mutuelle, enregistré au RCS de Paris sous le n°775 670 466 - Agrément n°4030351. Déléataire de gestion / Distributeur : Heomi, courtier d'assurances immatriculé à l'Orias sous le n° 07 002 344.

Assistance : FILASSISTANCE INTERNATIONAL, société anonyme régie par le Code des assurances, inscrite au RCS sous le n° 433 012 689.

Produit : **SERENISSIA**

REF. : IPID.SERENISSIA.102023

Ce document d'information 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 pré-contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursements seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi 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.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Honoraires et soins médicaux courants (Dptam/hors Dptam) :** consultations et visites des généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, actes de spécialistes, radiologie, échographie, imagerie médicales, analyses médicales, auxiliaires médicaux, psychologues conventionnés remboursés par le Régime Obligatoire, matériel médical, autre petit appareillage prescrit et remboursé par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Hospitalisation :** frais de séjour conventionné, honoraires (chirurgie, médecine, maternité), forfait hospitalier, hospitalisation à domicile, transport, frais d'accompagnement et frais annexes.
- ✓ **Frais dentaires :** soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles).
- ✓ **Frais optiques :** lunettes (montures et verres), lentilles, chirurgie optique réfractive.
- ✓ **Pharmacie :** médicaments à 65% uniquement remboursés par l'AMO.
- ✓ **Appareillage et prothèses non dentaire :** bilan auditif, prothèses orthopédiques et auditives, petit et gros appareillage.
- ✓ **Autres :** cures thermales, actes de prévention remboursé et non remboursé par le Régime Obligatoire.

GARANTIES OPTIONNELLES

- Médicaments à 65%, à 30%, à 15% uniquement remboursés par l'AMO.

Pack d'options comprenant :

- Médicines douces non remboursées, auxiliaires médicaux non remboursés toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin.
- Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire.
- Chambre particulière (hors hospitalisations psychiatrique).
- Dentaire non remboursé par le Régime Obligatoire.
- Capital forfaitaire en cas de décès accidentel d'un assuré.
- Capital perte d'autonomie.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Recherche d'un médecin,
 - ✓ Organisation des soins à domicile,
 - ✓ Transfert et garde des animaux,
 - ✓ Téléassistance médicalisée,
 - ✓ Information santé d'ordre général,
 - ✓ Garde des enfants de moins de 16 ans,
 - ✓ Acheminement de médicaments,
 - ✓ Avance de fonds en cas de décès.
- Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au 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 dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné.
- ! Les frais de santé engagés hors de France, sauf en cas de soins inopinés pris en charge par le Régime Obligatoire.
- ! La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux.
- ! Les frais de soins non pris en charge par le Régime obligatoire et/ou ne figurant pas à la nomenclature du Régime obligatoire sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.

LIMITATIONS AU CONTRAT

- ! **Frais optiques :** prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Soins Courants :** prise en charge plafonnée de 100% de la Base de Remboursement pour les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.
- ! **Chambre particulière :** le remboursement varie entre 40 € / jour à 80 € / jour, selon les formules.
- ! **Aides auditives :** prise en charge tous les 4 ans pour les prothèses auditives de classe 1.
- ! **Capital perte autonomie :** le capital perte d'autonomie est acquis après un délai d'attente de 12 mois par assuré, sous réserve de souscription de l'option.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ Je suis couvert en France métropolitaine dont Corse et lors des séjours en dehors de France s'ils ne dépassent pas 2 mois par an en une ou plusieurs périodes.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension, de déchéance ou de nullité du contrat d'assurance ou des garanties.

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par le délégataire de gestion
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par le délégataire de gestion,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements au délégataire de gestion dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Régime Obligatoire,
- Informer le délégataire de gestion des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - Changement de situation : changement d'adresse, changement d'état civil, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie, changement de compte bancaire,
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir au délégataire de gestion les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

En cas de sinistre :

- Pour obtenir le règlement des prestations, vous devez adresser les décomptes originaux de votre régime obligatoire si vous ne bénéficiez pas de la Télétransmission, les originaux des notes d'honoraires ou des factures acquittées justifiant des dépenses engagées.
- Les demandes de remboursement au délégataire de gestion sont à adresser dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
- Le paiement mensuel est accepté uniquement par prélèvement.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
- Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, 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 contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à l'échéance annuelle fixée le 31 décembre moyennant le respect d'un préavis de deux mois par lettre recommandée ou courrier électronique recommandé, et à tout moment, après la première année d'adhésion conformément aux modalités fixées dans la notice d'information de votre contrat,
- en cas de modification de la situation concernant l'animal assuré ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.