

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurance : Aréas Dommage, Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes immatriculée au R.C.S de PARIS sous le n° 775 670 466 et régie par le Code des assurances.

Distributeur/Délégataire de gestion : 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, entreprise régie par le code des assurances

Produit : **MutActif**

REF. : IPID.MUTACTIF-102024

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. L'âge limite de la souscription est de 18 à 55 ans.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : consultations et visites des généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie), radiologie, échographie, imagerie médicales, auxiliaires médicaux, analyses médicales, transport.
- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour conventionnés, forfait patient urgences, honoraires (chirurgie, médecine, maternité), forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement,
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires dont « 100% Santé » orthodontie.
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres), lentilles remboursées par le Régime Obligatoire dans le tableau des garanties.
- ✓ **Aides auditives** : équipement « 100% santé », « Prothèse auditive de classe 2 », accessoires.
- ✓ **Appareillage et prothèses non dentaires** : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage, prothèses mammaires et capillaires.
- ✓ **Médicaments** : médicaments remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire.**
- ✓ **Assistance.**

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

- ! Les frais de santé engagés hors de France, sauf en cas de soins inopinés pris en charge par le Régime Obligatoire.
- ! Franchise médicales et participations forfaitaires (article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale) :
- ! 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 à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

LIMITATIONS AU CONTRAT

- ! **Dépenses médicales à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions.
- ! **Hospitalisation en secteur non conventionné** : prise en charge limitée et réduite à certains frais.
- ! **Forfait optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans. Un renouvellement anticipé est possible dans les conditions prévues par le dispositif des contrats dits « responsables et solidaires ».
- ! **Prothèses auditives** : prise en charge limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.
- ! **Frais d'accompagnement pour moins de 16 ans** : prise en charge exclue en cas de séjours en soins de suite réadaptation, de rééducation/assimilés et en psychiatrie et forfait journalier limité à 30 jours par an en cas de séjour en médecine, chirurgie et maternité.
- ! **Délai d'attente** : les frais engagés au titre de cette garantie (à l'exception des soins courants) font l'objet d'une limitation de prise en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pendant un délai de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties pour chaque Assuré sauf pour le forfait maternité où ce délai est fixé à neuf (9) mois.



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 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,

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, au délégataire de gestion sont à adresser dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.



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.

Vous pouvez réaliser votre demande, par courrier (simple ou recommandé à l'adresse postale suivante : Heomi, 92/98 Boulevard Hugo BP 83 - 92115 CLICHY Cedex,

Ou par mail ou lettre recommandée électronique à : relationsclients@heomi.com, ou peut être réalisée par voie électronique par le biais de votre Espace Adhèrent.