

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

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

Le produit « Plénitude 2 Linéaire Santé » permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident. Il propose une couverture santé modulable en offrant la possibilité à l'adhérent de choisir les niveaux de remboursements qu'il souhaite et qui sont proposés pour les différents modules de garanties (H-M-OD-PS-OBS). Tous les modules doivent être souscrits, et l'écart entre le module H et les autres modules ne peut être inférieur ou supérieur à 2. Ce produit remplit les critères du contrat « responsable et solidaire » conformément à la réglementation en vigueur.



Qu'est-ce qui est assuré ?

GARANTIES OBLIGATOIRES :

- ✓ **Modules H :**
 - Hospitalisation : forfait journalier hospitalier, honoraires, frais de séjour et autres frais.
 - Maternité.
 - Garantie Individuelle Décès Accident.
 - Participation forfaitaire aux frais funéraires.
 - Protection Juridique : assistance téléphonique, gestion amiable de litiges, prise en charge des frais de procédure judiciaire.
 - Autonomie Santé.
 - Téléconsultation médicale / Second avis médical / Club Avantages Praeconis / Assistances.
 - Garantie Coups Durs.
- ✓ **Modules M :**
 - Soins courants : honoraires paramédicaux et médicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments, matériel médical, transport.
 - Aides auditives / Cure thermale.
- ✓ **Modules OD :**
 - Dentaire : soins, prothèses, orthodontie.
 - Optique : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, forfait chirurgie réfractive, laser, kératotomie.
- ✓ **Modules PS :**
 - Prévention Santé : séances de médecines « douces », médicaments prescrits ou non, analyses, examens et radiologie, vaccins, densitométrie osseuse.
- ✓ **Module OBS :** Frais d'obsèques.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

X Les actes, produits et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau de garanties pour le niveau de garantie choisi ne peuvent donner lieu à aucune participation de la Mutuelle.



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

EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à indemnisation
! Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.

! Les frais de séjours : les actes et/ou interventions non pris en charge par les organismes du régime de base obligatoire.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les assurés sont couverts en France métropolitaine, en Corse, ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), pour autant qu'ils soient affiliés auprès d'un régime de base français obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.
- ✓ La garantie du contrat s'étend aux maladies et accidents survenus à l'étranger, si les soins ont été prodigués au cours d'un séjour temporaire en dehors du territoire et s'ils ont fait l'objet d'une prise en charge par un régime obligatoire de Sécurité Sociale français, ou par un régime obligatoire relevant de la Carte européenne dans la zone UE, Espace Économique Européen ou en Suisse.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion

L'adhérent doit répondre sous forme de déclarations à une demande d'informations concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur le certificat d'adhésion et serviront de base à l'établissement de l'adhésion. En cas de réticence, fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte, il sera fait application des sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

En cours d'adhésion

L'assuré doit déclarer au plus tard dans les 15 jours à la Mutuelle :

- Toute modification des éléments spécifiés au certificat d'adhésion.
- Les changements ou cessations d'affiliation d'un des assurés à un régime de base obligatoire.
- Les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France métropolitaine.
- Pour tout nouvel assuré, il devra être procédé aux mêmes déclarations que celles prévues dans le cadre de la première adhésion.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance à la Mutuelle. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et modes de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet, à l'égard de l'ensemble des assurés, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation du contrat par l'adhérent.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion chaque année au 31 décembre, moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois, et à tout moment après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.