

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 contrat « PACK SERENITE » prévoit le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et paramédicaux engagés par le ou les bénéficiaires en complément des prestations servies par leur régime de base obligatoire et leur régime de complémentaire santé de premier rang, dans la limite de la garantie souscrite, du tableau de garanties et des frais réellement exposés.

Le contrat « PACK SERENITE » prévoit en outre la prise en charge de frais résultant de la survenance de certains événements au titre de garanties dites « PREVOYANCE ».



Qu'est-ce qui est assuré ?

GARANTIES OBLIGATOIRES :

- ✓ Hospitalisation : chambre particulière, forfait bien-être.
- ✓ Garantie Décès Accidentel.
- ✓ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentel.
- ✓ Protection Juridique Vie Privée : assistance téléphonique, gestion amiable de litiges, prise en charge des frais de procédure judiciaire
- ✓ Garantie Assistance.



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 régimes de base obligatoires et de complémentaire santé de premier rang.

! Les sinistres non couverts par les garanties incluses au « PACK SERENITE » et dont les détails figurent dans leurs notices respectives.

D'autres exclusions spécifiques à chaque garantie sont prévues au contrat (se reporter aux notices détaillées du produit).



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

X Les actes, produits, matériels médicaux ou chirurgicaux et événements non mentionnés dans le tableau de garanties et les notices des garanties du présent contrat ne peuvent donner lieu à aucune participation de la Mutuelle.



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.