

# Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Produit conçu et géré par la Mutuelle Complémentaire d'Alsace - 6 route de Rouffach - CS 40062 - 68027 Colmar Cedex - SIREN : 778 900 027 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

**Nom du produit : COMPLÉMENTAIRE HOSPITALIÈRE**

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. Ce document complète le règlement mutualiste et le tableau de garanties qu'il est **impératif de lire et de maîtriser** pour connaître le montant des prestations qui vous sont personnellement consenties, ainsi que le détail et le libellé complet et exact de toutes les garanties et exclusions de votre contrat.

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

Il s'agit d'un contrat de prévoyance proposant le versement d'indemnités journalières afin de faire face à des frais indirects liés à une hospitalisation, pour soi-même et les bénéficiaires désignés sur le bulletin d'adhésion.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'adhérent.

### PRINCIPAUX RISQUES ASSURES

- ✓ Les frais indirects liés à l'hospitalisation : Lorsqu'elle est supérieure à un jour jusqu'au jour de sortie inclus et au maximum pendant 365 jours continus ou discontinus.
- ✓ Les frais indirects liés à la période de convalescence médicalement prescrite en milieu hospitalier ou en centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle si elle fait suite à une hospitalisation (elle est alors limitée à 40 jours).

### LES SERVICES

- ✓ L'espace adhérent sur le site de la Mutuelle.
- ✓ L'application mobile MCA.

Les garanties avec la 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 indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité.
- ✗ Les conséquences du décès : obsèques, rapatriement de corps...



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

### PRINCIPALES EXCLUSIONS

Votre contrat détient des exclusions au versement de l'indemnité hospitalière. Elles sont détaillées au sein de votre règlement mutualiste. En voici un extrait :

Ne donnent pas lieu à garantie les sinistres qui résultent :

- ! de la tentative de suicide,
- ! d'accidents, blessures, mutilations ou maladies qui sont le fait volontaire du membre participant,
- ! de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse,
- ! de rixes, sauf cas de légitime défense et assistance à personne en danger,
- ! d'un traitement psychiatrique,
- ! d'une intervention de chirurgie esthétique,
- ! de grossesses, maternités, accouchements d'une durée inférieure à 10 jours, d'une interruption volontaire de grossesse, de fausses couches, de complications en résultant pour la mère et l'enfant pendant la première année après la naissance,
- ! des séjours pour hospitalisation de jour.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Le droit à garantie est accordé après l'expiration d'un délai d'attente de trois (3) mois (sauf en cas d'accident survenant après la prise d'effet de l'adhésion),
- ! Au-delà de 70 ans, il n'est plus possible d'augmenter le montant de l'indemnité hospitalière, il est seulement possible de le diminuer,
- ! La durée maximale de versement des indemnités est de 365 jours continus ou discontinus, au-delà de ce délai le contrat est suspendu pendant un an avant que le droit à garantie ne reprenne.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France Métropolitaine et départements d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, St Martin, Réunion, Guyane et Mayotte),
- ✓ A l'étranger, à la condition d'une prise en charge d'un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### A la souscription du contrat

- Respecter les conditions de souscription du contrat,
- Régler la cotisation selon les échéances prévues par le contrat.

#### En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de deux (2) ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire français
- Informer la mutuelle des événements suivants dans les trente (30) jours qui suivent la connaissance que l'adhérent a de l'un de ces événements :
  - Changements de situation : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité français,
  - Changement de profession : dans ce cas, l'adhérent doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, fractionnables par semestre, trimestre ou mois. Si la périodicité est mensuelle, seul le prélèvement automatique est autorisé.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion.

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 dans les cas et conditions prévues au contrat.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de quatorze (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).



## Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée à la mutuelle par courrier recommandé avec accusé de réception ou lettre recommandée électronique :

- Au 31 décembre de chaque année moyennant un préavis de deux mois avant cette date (c'est-à-dire avant le 31 octobre),
- Dans les 20 jours qui suivent la réception de l'appel de cotisation.