

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

AGPM Assurances (France) - Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
régie par le Code des assurances - SIRET 312 786 163 00013 APE6512Z

AGPM Vie (France) - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes
régie par le Code des assurances - SIRET 330 220 419 00015 - APE6511Z

Rue Nicolas Appert 83086 TOULON CEDEX 9

Produit : Objectif Santé

PAX82-08 - mars 2021

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. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des prestations.

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

Il s'agit d'un contrat de type « complémentaire santé » solidaire et responsable au sens de la législation en vigueur. Il a pour objet de faire bénéficier le souscripteur et/ou les assurés-bénéficiaires de prestations de prise en charge des frais de soins engagés en complément de l'intervention de l'un des régimes obligatoires de l'Assurance maladie française au(x)quel il(s) est (sont) affilié(s). Il permet également dans certains cas de percevoir un forfait ou une prise en charge partielle de la dépense engagée en l'absence d'intervention de l'un de ces régimes.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du module et du niveau de garantie choisis, et figurent dans le tableau des prestations. Ils ne peuvent pas être plus élevés que la dépense réellement engagée et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Soins courants** : consultations, visites médecins, pharmacie, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, appareillages remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.
- ✓ **Optique** : équipements (verres et monture) 100% santé et hors 100% santé, lentilles
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles) 100% santé et hors 100% santé, implants, orthodontie.
- ✓ **Aide auditive** : équipement 100% santé (classe 1) et hors 100% santé (classe 2), et accessoires
- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, chambre particulière, TV ou Internet, frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans
- ✓ **Bien-être et prévention** : médecine douce (ostéopathie, acupuncture...)

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS:

- ✓ Réseau de tiers payant
- ✓ Accès à un espace adhérent afin de consulter et faire des demandes de remboursements
- ✓ Demande de prise en charge hospitalière, optique, dentaire sur site internet
- ✓ Accès à un réseau de soins

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Assistance à domicile
- ✓ Garantie en cas d'événements traumatiques ou de pathologies lourdes
- ✓ Garanties aide aux aidants
- ✓ Garanties liées au décès



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins réalisés en dehors de la période de validité du contrat ne donnent droit à aucun remboursement
- ✗ Les actes non remboursés par la sécurité sociale et non inscrits à la classification commune des actes médicaux
- ✗ Les suppléments de déplacement facturés dans le cadre des visites non justifiées
- ✗ Les hospitalisations non remboursées par la sécurité sociale (chirurgie esthétique...)

La liste complète des frais de soins qui ne sont pas assurés figurent dans le tableau des prestations.



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

Les principales exclusions :

- ! La participation forfaitaire et la franchise prévues par le Code de la sécurité sociale
- ! La majoration de participation en cas de non-respect du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques

Les principales restrictions du contrat

- ! Les forfaits optiques sont limités à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de deux ans à partir de 16 ans, période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé en cas d'évolution justifiée de la vue.
- ! La chambre particulière en maison de repos ou de convalescence est limitée à 90 jours par an

La liste complète des exclusions et restrictions du contrat figurent dans le tableau des prestations.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine et dans les départements et régions d'Outre-Mer
- ✓ Sous condition de prise en charge par la sécurité sociale, sont couverts en dehors de ces territoires :
 - ✓ les militaires en mission
 - ✓ Les civils lors de séjours d'une durée inférieure à 90 jours.



Quelles sont mes obligations ?

Au début du contrat

- Remplir la proposition d'assurance fournie par l'assureur
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- Régler la cotisation ou fraction de cotisation indiquée au contrat

En cours de contrat

- informer l'assureur des changements de situation (adresse, évènement familial, changement de régime obligatoire) et de profession .
- Régler votre cotisation annuelle

En cas de sinistre

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de deux ans suivant la date de remboursement des soins par votre Sécurité sociale

Le non-respect de certaines de ces obligations peut entraîner la nullité du contrat, la suspension ou la non-garantie.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- La cotisation est annuelle et payable d'avance au siège social de l'assureur. Elle peut être acquittée selon une périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.
- Le paiement s'effectue par prélèvement automatique ou par chèque, titre interbancaire de paiement (TIP)



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence :

- dès la date demandée sur la proposition d'assurance sous réserve de l'encaissement de la cotisation globale.

La couverture prend fin dans les conditions prévues par les dispositions générales du contrat et plus particulièrement dans les situations suivantes :

- si vous n'êtes plus affilié à un régime obligatoire de l'assurance maladie française
- si vous devenez bénéficiaire de la CMU- CMU-C
- si vous devenez bénéficiaire de l'aide à la complémentaire santé (ACS)
- si vous êtes domicilié à l'étranger
- si vous adhérez à une mutuelle obligatoire d'entreprise



Comment puis-je résilier le contrat ?

Les modalités de résiliation et les délais à respecter dépendent du motif de résiliation et sont conformes au Code des assurances.

La demande de résiliation à l'échéance principale du contrat s'effectue en adressant une lettre, un envoi recommandé électronique ou un courriel via l'Espace Adhérent.

L'assuré peut également y mettre fin à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, dans les modalités développées ci-dessus. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification.