

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Intériaile – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 775 685 365

IMA ASSURANCES, SA au capital de 157 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, RCS Niort 481.511.632

Produit : OMNIALE Access

INTÉRIAILE

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 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 ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit est non responsable. L'adhésion à l'offre OMNIALE Access est facultative.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui, figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge. Pour l'exhaustivité des garanties, se reporter au Règlement mutualiste et ses annexes.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses « 100% Santé »
- ✓ **Optique** : Equipements (monture et verres) « 100% Santé »
- ✓ **Aides auditives et accessoires** : Equipements « 100% Santé »
- ✓ **Protection juridique** (santé et pénale professionnelle) : conseils illimités par téléphone, défense pénale professionnelle, gestion amiable et judiciaire d'un litige.
- ✓ **Assistance à domicile** : assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, de cancer, de décès.
- ✓ **Service de téléconsultation médicale**
- ✓ **Conseil à l'hébergement en cas de handicap**

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion au contrat.
- ✗ Les frais Dentaire, Optique et Aides auditives en dehors du panier « 100 % Santé ».
- ✗ Tout autre prestation ne figurant pas au tableau des garanties.



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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Dentaire** : Panier « 100% Santé » limité aux Honoraires Limites de Facturation. Les soins et prothèses à tarifs maîtrisés ou libres ne sont pas pris en charge.
- ! **Optique et Aides auditives** : Panier « 100% Santé » limité aux Prix Limites de Vente. Les équipements à tarifs libres ne sont pas pris en charge.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (monture et 2 verres) sur une période de 2 ans sauf cas de renouvellement anticipé, période notamment réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un équipement par oreille sur une période de 4 ans.



Où suis-je couvert ?

- En France ou à l'étranger.
- Dans le cas où les soins ont été dispensés dans une COM ou à l'étranger, le remboursement se fait en complément d'un remboursement effectué par un organisme étranger de sécurité sociale équivalent à la Sécurité sociale française, ou par un régime de base d'Outre-mer, et sur la base du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion de la garantie (à défaut, non prise d'effet de la garantie) :

- Remplir les critères d'adhésion suivants : relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (ou relever d'une couverture de base), appartenir à la population susceptible d'adhérer définie par le Règlement Mutualiste.
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Régler la cotisation (ou première fraction de cotisation) indiquée en annexe du Règlement Mutualiste.

En cours de contrat :

- à défaut, suspension puis résiliation de la garantie :

Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) due.

- à défaut, non prise en compte de la nouvelle situation sur les cotisations et les prestations :

Informer et justifier à la Mutuelle des événements suivants dans un délai de quatre mois à compter de l'évènement (les modifications prennent alors effet le premier jour du mois suivant la date de survenance de l'évènement) :

- Changements de situation familiale : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.

En cas de sinistre :

- à défaut, non règlement des sinistres :

- . Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.
- . Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.

- à défaut, recouvrement contentieux des sommes dues :

Rembourser toute prestation indûment versée.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Votre cotisation est annuelle. Vous devez la régler par avance à échéance annuelle. Le règlement se fait par prélèvement automatique sur votre compte bancaire, ou par précompte sur traitement si l'employeur le permet sans imputer de frais à la Mutuelle, ou exceptionnellement par chèque sur accord de la Mutuelle.

Vous pouvez régler votre cotisation mensuellement. Dans ce cas, la cotisation est payable à terme échu.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le lendemain de la date de résiliation de votre ancien contrat d'assurance (lorsque la Mutuelle a été mandatée dans le cadre de la résiliation infra-annuelle) ou le jour que vous indiquez librement sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité). Par exception, l'adhésion peut prendre effet le lendemain de la date de radiation de votre ancien organisme assureur, à condition que la demande d'adhésion intervienne 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si vous étiez précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

A compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion au Règlement mutualiste a pris effet, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion par lettre, tout support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

L'adhésion est valable pour une année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre à minuit. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- tous les ans, en envoyant une notification de fin d'adhésion à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La demande prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- à tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion. La demande prend alors effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Pour résilier, vous devrez envoyer la notification à la Mutuelle selon votre choix, par lettre ou tout autre support durable, acte extrajudiciaire ou par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion, ou via la fonctionnalité de résiliation accessible à partir de votre espace adhérent.

