

Garantie Hospitalière



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

Produit : Hospitéo

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 pré contractuelle et contractuelle.

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

Le produit de prévoyance Garantie Hospitalière est destiné à verser une allocation forfaitaire journalière dite "allocation hospitalière" à l'assuré et aux éventuels ayants droit, en cas d'hospitalisation faisant suite à une maladie, un accident de la vie privée ou professionnelle.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le montant de l'allocation est soumis à **un plafond** qui varie en fonction du niveau de garantie choisi et figure sur le devis.

L'allocation journalière hospitalière peut être utilisée pour couvrir tout ou partie des frais annexes et inattendus liés à une hospitalisation (location de télévision, abonnement à la presse ou à des magazines, garde des enfants, entretien de la maison...) non prise en charge par les assurances de complémentaire santé. L'allocation journalière est versée sans aucun justificatif de dépenses.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Le versement d'une allocation journalière hospitalière en cas d'hospitalisation suite à une maladie
- ✓ Le versement d'une allocation journalière hospitalière en cas d'hospitalisation suite à un accident survenu dans le cadre de la vie privée
- ✓ Le versement d'une allocation journalière hospitalière en cas d'hospitalisation suite à un accident survenu dans le cadre de la vie professionnelle

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les hospitalisations effectuées en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Le versement d'une allocation journalière hospitalière pour les personnes résidant à l'étranger non couverts par la Sécurité sociale.
- ✗ Les hospitalisations hors du territoire français métropolitain.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les hospitalisations liées à des risques connus de l'assuré antérieurs à l'adhésion
- ! Les hospitalisations en cas de maternité (sauf cas pathologique)
- ! Les hospitalisations faisant suite à la pratique de sports à titre professionnel ou à la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel
- ! Les hospitalisations à domicile
- ! Les séjours en établissements spécialisés tels que les maisons de plein air et de retraite, les cures thermales ou les cures de désintoxication
- ! Les séjours en services, cliniques et hôpitaux psychiatriques, ou en centres médicaux et psychopédagogiques
- ! Les séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances et maisons d'enfants
- ! Les séjours en établissements hospitaliers, de rééducation fonctionnelle et de maison de repos dont le premier jour se situe pendant le délai de carence

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Délai de carence** : 3 mois à compter de la date d'effet de la souscription. Le délai de carence est supprimé en cas d'hospitalisation suite à un accident.
- ! **Indemnisation** : le montant de l'indemnisation est réduit de moitié pour les séjours en établissements ou services de rééducation fonctionnelle et pour les séjours en maisons de repos ou de convalescence.
- ! **Crédit d'indemnisation** : 180 jours par année civile. Il peut être utilisé en un ou plusieurs séjours hospitaliers et se reconstitue au 1^{er} janvier de l'année suivante. Le crédit d'indemnisation est de 90 jours par année civile pour les séjours en établissements et services de rééducation fonctionnelle. Le crédit d'indemnisation est de 30 jours par année civile pour les séjours en soins de suite et de réadaptation.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par l'assureur.
- Fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion et notamment la photocopie des attestations de droits à l'Assurance maladie en cours de validité de tous les assurés.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquées au contrat.
- En cas de modification de garantie, faire la demande au plus tard le 31 décembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de chaque année.

Pour le versement des prestations :

- Faire parvenir les demandes d'indemnisation à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de l'évènement.
- Fournir à la Mutuelle la demande d'indemnisation complétée (par l'assuré et par l'établissement hospitalier ou le médecin traitant) ainsi que le bulletin d'hospitalisation (ou de situation) fourni par l'établissement hospitalier.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au bulletin d'adhésion. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour le paiement par prélèvements automatiques. Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique. Le paiement en espèces est autorisé uniquement sous la forme de mandat compte.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. La couverture ne peut être rétroactive. La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année. La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations. La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies. Lorsque la souscription du contrat a été réalisée intégralement à distance, vous pouvez renoncer à la couverture dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la réception des documents contractuels.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

Lorsque l'avis d'échéance annuel des cotisations vous est envoyé après le 15 octobre, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance pour demander la résiliation de votre adhésion.

Lorsque ce droit à résiliation n'est pas porté à votre connaissance sur l'avis d'échéance annuel, vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion, par lettre recommandée, à tout moment à compter de la date de renouvellement du contrat.