

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit

Société Mutualiste Générale de Prévoyance – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité –

SIREN 316 710 441 – Siège social : 28 Rue Fortuny – 75017 Paris / CHUBB European Group SE – La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie / BARENTS Réassurance S.A – 6 rue du Fort Bourbon, L 1249 Luxembourg.

Produit : HEYME Freelance

Ce document d'information présente un résumé des principales prestations accordées au titre de cette garantie et les 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.

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

Le produit d'assurance HEYME Freelance est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation, en complément de la Sécurité sociale française. Il comprend également des prestations d'assistance à l'étranger.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Soins courants : consultations et visites médecins (généralistes ou spécialistes), médicaments, analyses et examens de laboratoire, radiologie, auxiliaires médicaux.
- ✓ Hospitalisation : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, honoraires, transport.
- ✓ Participation assuré 24 € (soins courants et hospitalisation).
- ✓ Frais optiques : équipement panier 100% santé, forfaits montures et verres, lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.
- ✓ Frais dentaires : panier 100% santé, soins et prothèses dentaires, orthodontie, implantologie remboursée, deux séances de détartrage par année.
- ✓ Aides auditives : panier 100% santé et audioprothèses.
- ✓ Forfait médecine douce : ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, acupuncture, sophrologie, hypnose thérapeutique, diététique
- ✓ Prévention : actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ Offres de réduction et téléconsultation médicale.
- ✓ Fonds d'entraide (sur décision de la mutuelle).

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance Rapatriement : transport, rapatriement, remboursement de frais médicaux, avance des frais d'hospitalisation, assistance en cas de décès, aide au voyage.
- ✓ Assistance vie quotidienne : organisation de l'admission à l'hôpital et soutien au domicile en cas de maladie, d'accident ou de décès ; accompagnement psychologique.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Renfort hospi /soins + : Honoraires, consultations et visites médecins, chambre particulière, radiologie, forfait médecine douce.

Renfort dentaire + : prothèses dentaires, forfait implantologie / parodontologie non remboursées.

Renfort optique + : forfaits montures et verres, forfait lentille remboursée ou non, chirurgie des yeux non remboursée.

Option Santé à l'étranger : remboursement des frais de santé occasionnés par un accident ou une maladie inopinée lors d'un séjour à l'étranger (y compris la COVID).

Option Prévoyance : capital décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail, rente invalidité permanente.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et hospitalisations effectués en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Toutes les prestations non prévues au contrat.



Y'a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions

Garanties santé

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins et les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes.
- ! Les actes de chirurgie esthétique et/ou réparatrice non pris en charge par la Sécurité sociale.

Assistance Rapatriement

- ! Les frais non prévus, engagés sans accord préalable, ou non justifiés par des documents originaux ; les frais liés à des interventions à caractère esthétique.

Assistance Vie quotidienne

- ! Les demandes non justifiées ; les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées ; les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile ; les hospitalisations prévisibles ; les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat ; les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance, l'état de grossesse sauf complication imprévisible.

Les principales restrictions

Hospitalisation

- ! Le forfait journalier hospitalier est limité à 12 jours par année pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie, les établissements médicaux sociaux et les centres d'éducation et de soins spécialisés..

Assistance Rapatriement

- ! Le remboursement des frais médicaux et l'avance des frais d'hospitalisation sont limités à 5.336 € TTC et à 76.225 € TTC pour les États-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est.

Assistance vie quotidienne

- ! Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire : dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC.
- ! La garde au domicile des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans : dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation.

Vous pouvez consulter la liste exhaustive des exclusions et restrictions (y compris celles relatives aux options) dans le règlement mutualiste et les notices d'information.



Où suis-je couvert(e) ?

- En France pour les Garanties santé et la Prévoyance.
- Dans le monde entier en ce qui concerne les prestations d'assistance (à l'exclusion des pays en guerre ou d'instabilité politique notoire) et l'option santé à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension et de résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations vous devez :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle,
- Fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion,
- 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,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale,
- Informer la mutuelle de toute modification survenant au cours de l'adhésion en lui transmettant les pièces justificatives nécessaires.

En cas de sinistre :

- Déclarer tout sinistre le plus rapidement possible et fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements des prestations,
- Se soumettre au contrôle des médecins désignés par la mutuelle et éventuellement de la personne habilitée à la représenter pour une mission d'information.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont annuelles et peuvent être réglées soit, en un paiement unique lors de l'adhésion ou de la reconduction, soit par paiement fractionné (mensuel).

Le paiement unique peut être effectué par carte bancaire. Le paiement fractionné s'effectue uniquement par prélèvement bancaire le 05 de chaque mois, à compter du mois suivant la date de souscription.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'ouverture des droits intervient au 1er du mois choisi par l'adhérent lors de la souscription et au plus tôt au lendemain de la signature du bulletin d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation. Un délai de carence d'un (1) mois s'applique lors d'une première adhésion si vous n'étiez pas couvert par une autre mutuelle en ce qui concerne la chambre particulière et le forfait dentaire.

Le contrat est conclu pour une durée de 12 mois et se renouvelle automatiquement chaque année, sauf résiliation dans les conditions suivantes.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- En adressant à la mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.
- À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.
- Lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies ou en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis dans les trois mois suivant la date de l'évènement.
- Dans l'un des cas suivants et sur présentation d'un justificatif :

1. Adhésion à un contrat collectif obligatoire,
2. Obtention de la complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière,
3. Départ à l'étranger (la durée du séjour doit chevaucher d'au moins 6 mois celle de la garantie),
4. Affiliation à un régimespécial.