

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 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 « Essenza Mutuelle » est une complémentaire santé responsable qui permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident. Il propose une couverture santé de base en offrant la possibilité à l'adhérent de choisir des options de remboursements complémentaires à adhésion facultative.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

#### GARANTIES OBLIGATOIRES :

- ✓ **SOINS MÉDICAUX DU QUOTIDIEN :**
  - Soins courants : honoraires paramédicaux et médicaux, imagerie médicale et échographie, analyses et examens de laboratoires, médicaments et matériel médical.
- ✓ **HOSPITALISATION ET FRAIS DE SÉJOUR :**
  - Hospitalisation : forfait journalier hospitalier, consultations, frais de séjour et frais de connectivité.
- ✓ **OPTIQUE ET DENTAIRE :**
  - Dentaire : soins, prothèses, implantologie et paradontologie, orthodontie.
  - Optique : Équipements classe A, lentilles de contact, prestation d'adaptation, matériel pour amblyopie.
- ✓ **AIDES AUDITIVES**
  - Équipement du panier 100% Santé, audioprothèses classe 2.
- ✓ **TRANSPORT**
- ✓ **PRÉVENTION SANTÉ**
  - Actes de prévention pris en charge par le Régime Obligatoire.
- ✓ **AUTRES PRESTATIONS**
  - Soins à l'étranger, club avantages, protection juridique, assistance à domicile, visible patient, second avis médical, téléconsultation et service tchat, garantie individuelle décès accident, participation forfaitaire aux frais funéraires, dépendance totale et garantie coups durs.

#### GARANTIES OPTIONNELLES :

- ✓ **HOSPITALISATION :**
  - Hospitalisation : forfait journalier hospitalier, honoraires, frais de séjour, soins honoraires et autres frais.
- ✓ **OPTIQUE ET DENTAIRE :**
  - Dentaire : soins, prothèses, implantologie et paradontologie, orthodontie.
  - Optique : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, forfait chirurgie réfractive, laser, kératotomie.
- ✓ **AIDES AUDITIVES**
- ✓ **PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE**
  - Vaccins, pédiacre, podologue, analyses, dépistage, ostéopathie, acupuncture, nutriméthérapie, aromathérapie, sexothérapeute/sexologue, psychologue, psychomotricité, huiles essentielles, probiotiques etc.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

**X** Les actes, produits et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau de garanties pour le niveau de garantie choisi ne peuvent donner lieu à aucune participation de la Mutuelle.



### Y a-t-il des restrictions à la

#### **EXCLUSIONS**

**Ne donnent pas lieu à indemnisation :**

- ! Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.
- ! Les frais de séjours : les actes et/ou interventions non pris en charge par les organismes de base obligatoire.
- ! Les frais engendrés par une hospitalisation codifiée en moyen séjour.
- ! Les frais engendrés par une hospitalisation codifiée en long séjour.
- ! Des délais de carence peuvent être appliqués sur les garanties optionnelles, confère votre tableau de garanties pour plus d'informations.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Les assurés sont couverts en France métropolitaine, en Corse, ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), pour autant qu'ils soient affiliés auprès d'un régime de base français obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.
- ✓ La garantie du contrat s'étend aux maladies et accidents survenus à l'étranger, si les soins ont été prodigués au cours d'un séjour temporaire de moins de 3 mois en dehors du territoire susmentionné et s'ils ont fait l'objet d'une prise en charge par un régime obligatoire de Sécurité Sociale français, ou par un régime obligatoire relevant de la Carte européenne dans la zone UE, Espace Économique Européen ou en Suisse.



## Quelles sont mes obligations ?

### À l'adhésion

L'adhérent doit répondre sous forme de déclarations à une demande d'informations concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur le certificat d'adhésion et serviront de base à l'établissement de l'adhésion. En cas de réticence, fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte, il sera fait application des sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

### En cours d'adhésion

L'assuré doit déclarer au plus tard dans les 15 jours à la Mutuelle :

- Toute modification des éléments spécifiés au certificat d'adhésion.
- Les changements ou cessations d'affiliation d'un des assurés à un régime de base obligatoire.
- Les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France métropolitaine.
- Pour tout nouvel assuré, il devra être procédé aux mêmes déclarations que celles prévues dans le cadre de la première adhésion.



## Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance à la Mutuelle. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et modes de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.



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

L'adhésion prend effet, à l'égard de l'ensemble des assurés, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation du contrat par l'adhérent.



## Comment puis-je résilier mon contrat ?

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion chaque année au 31 décembre, moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois, et à tout moment après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.