Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

GFA Caraïbes

GFA Caraïbes, Société Anonyme au capital de 6.839.360 €
Entreprise régie par le Code des assurances - B 381 324 912- 104/106 Bd. du Général de Gaulle 97200 Fort de France Filiale de Generali France Société appartenant au groupe GENERALI immatriculé au registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

LA SANTE CARAÏBES

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 garantit le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, après intervention du régime obligatoire d'assurance maladie.
Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, prime de naissance, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins (généralistes et spécialistes), examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles correctives acceptées par la Sécurité Sociale, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale :** audioprothèses, prothèses et orthèses.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Chambre particulière, lit accompagnant adulte
- Implants dentaires et parodontologie
- Chirurgie réfractive, vaccins non pris en charge
- Médecine douce, consultation psychologue, diététique
- Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers payants auprès des opticiens, dentistes, laboratoires d'analyses
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'information.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation.

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

Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - dans les unités ou centres de long séjour
  - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgés dépendantes (EHPAD).

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique :** prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Hospitalisation en milieu spécialisé :** limité à 30 jours
- ! **Hospitalisation à domicile :** limité à 90 jours.

Où suis-je couvert ?

✓ Les garanties s'exercent en France et à l'étranger.

✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.

Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni 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 :

- 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 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des évènements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
  - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
  - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à la date indiquée dans le contrat.

Les paiements peuvent être effectués par chèque, carte bancaire, virement ou prélèvement automatique.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux Dispositions Particulières. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat, soit par notification en lettre recommandée, ou par déclaration faite contre récépissé auprès de l'assureur ou de son représentant dans les cas suivants :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.