

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Saint-Christophe assurances – Société d'assurance mutuelle à cotisations variables immatriculée en France 775 662 497 et régie par le Code des assurances.

Produit : **Lumina Santé**



Saint-Christophe
MUTUELLE D'ASSURANCES

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne peut remplacer un accompagnement personnalisé par un de nos conseillers. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle 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 Lumina Santé est un contrat d'assurance complémentaire santé modulaire, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des bénéficiaires du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient principalement en complément de la Sécurité sociale mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Ce contrat propose des solutions éligibles au dispositif fiscal Madelin. Ce contrat est ouvert à la souscription jusqu'à 65 ans (âge par différence de millésime).



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 INCLUSES :

- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, Confort hospitalier (téléphone, télévision, internet, séjour de l'accompagnant, frais de transport des visiteurs), maternité, naissance, adoption.
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie et homéopathie prescrites et remboursées par la Sécurité sociale, pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, prothèses (dont celles liées à chimiothérapie), orthèses.
- ✓ Frais d'optique : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, opérations par laser (myopie, hypermétropie, presbytie).
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles) et orthodontie (y compris celles non remboursées par la Sécurité sociale), parodontologie, implantologie.
- ✓ Aides auditives : audioprothèses, réparations et piles pour appareil auditif.
- ✓ Prévention & Bien-être : médecines naturelles non remboursées par le régime obligatoire, vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, sevrage tabagique, pilule contraceptive, médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, pédicure, podologue, acupuncteur, homéopathe), cure thermale.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES :

- Renfort Hospitalisation (hors formule L100)
- Renfort Optique (hors formule L100)
- Renfort Dentaire / Aide à la santé (hors formule L100)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT INCLUS :

- ✓ Réseau de partenaires à tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires), soins inopinés à l'étranger.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Garde-enfant, garde-enfants malades, soutien scolaire, aide-ménagère, garde-animaux.

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

Les garanties indiquées ci-dessus correspondent à des contrats « responsables » au sens de la loi 2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application, sans sélection médicale.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les frais d'hospitalisation en long séjour ou en établissements médico-sociaux.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La chambre particulière dans un établissement non conventionné ou en cas de séjour en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.
- ✗ La chambre particulière dans le cadre d'une cure thermale.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! Les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Hospitalisation et maternité :
 - Les frais d'hospitalisation sont limités le premier mois d'assurance au ticket modérateur sauf en cas d'accident,
 - La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par année civile et par assuré en séjour psychiatrique,
 - La prise en charge des frais de chirurgie esthétique est limitée au ticket modérateur, sauf si elle est consécutive à un accident ou aux conséquences d'une pathologie documentée,
 - Le forfait naissance-adoption est donné à raison de 10% par mois de présence pendant une période d'attente de 10 mois se calculant à partir de la date d'effet retenue pour l'adhésion.
- ! Frais d'optique :
 - La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).
- ! Soins à l'étranger :
 - Remboursement dans la monnaie légale en vigueur en France.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, nous intervenons en complément et sur la base du régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

• A la souscription du contrat

- Aux questions posées par des informations complètes et exactes concernant vos données personnelles,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'ASAF&AFPS/GIEPS,
- Payer votre cotisation.

• En cours de contrat

- Déclarer tout changement concernant les informations nécessaires à la bonne gestion du contrat (coordonnées, numéro de Sécurité Sociale, RIB),
- Déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de modifier le risque (changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de profession). Dans ces cas, l'assuré doit fournir les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de sa cotisation,
- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires selon les modalités prévues dans la Notice d'information,
- Payer vos cotisations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vos cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique en fractionnement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Elles sont également payables par chèque en fractionnement semestriel ou annuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord. L'adhésion est effective pour une année au minimum et se renouvelle par tacite reconduction, jusqu'au 1^{er} janvier de l'année suivante, puis chaque année à l'échéance principale fixée au 1^{er} janvier.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- en adressant une lettre ou tout autre support durable y compris par courrier électronique avec un préavis de deux mois précédant la fin de la première année d'assurance et pour les années suivantes avec un préavis de deux mois précédant l'échéance principale fixée au 1^{er} janvier,
- à tout moment et par tout support durable, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, sans frais ni pénalité par l'assuré ou son nouvel assureur,
- en cas d'adhésion au contrat collectif obligatoire de votre employeur, en adressant une lettre ou tout autre support durable dans les 3 mois de l'adhésion au contrat collectif obligatoire,
- en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire en adressant une lettre ou tout autre support durable dans les 30 jours suivant la notification du changement de tarif,
- en cas de changement de votre situation personnelle ayant une incidence sur le risque garanti en adressant une lettre ou tout autre support durable dans les 3 mois de la survenance du changement.