

PRESTATIONS DE LA GARANTIE	Renfort Hospi 1	Renfort Hospi 2	Renfort Hospi 3
<p>Versement d'une indemnité journalière par jour d'hospitalisation, sans justificatif de dépense pour faire face aux frais liés à l'hospitalisation en médecine et chirurgie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • déplacements de vos proches, • garde des enfants, • télévision, téléphone, • aide-ménagère, • perte de salaire... 	16 € par jour	24 € par jour	36 € par jour
<p>Les hospitalisations sont souvent synonymes de frais annexes restant à la charge des patients. Le renfort hospitalisation permet de préserver le budget familial en percevant des indemnités journalières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dès le 1er jour en cas d'accident. - dès le 2e jour en cas de maladie. <p>dans le respect des règles d'exclusions définies dans l'article 3.1.6 de la fiche gamme renfort hospitalisation.</p>			

Document non contractuel

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

ADREA MUTUELLE - mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – Immatriculation sous le n° 311 799 878

Produit - RENFORT HOSPI / HOSPI +

- RENFORT HOSPI / HOSPI + WALICEO

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. 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 renfort hospitalisation est destiné à permettre le versement d'une indemnité journalière à l'assuré en cas d'hospitalisation.



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.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Versement d'une indemnité journalière versée par jour d'hospitalisation.**

Les garanties précédées d'une ✓ 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 traitements esthétiques, diététiques ou de cosmétologie.
- ✗ Les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnels.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O. sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches garanties.
- ✗ Les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, sauf précisions contraires dans les fiches « garanties »
- ✗ Les séjours en établissement de soins qui sont la conséquence des événements, comportements ou affections prévus par le contrat.
- ✗ Les séjours dans certains établissements ou services listés par le contrat.



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

Principales exclusions:

- ! Crédit d'indemnisation de 365 jours sur 24 mois.
- ! Première nuit exclue (paiement de l'indemnité à partir de la deuxième nuit) en cas de maladie (dès le premier jour pour les accidents).



Où suis-je couvert ?

- ✓ 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 l'adhésion :**
 - Etre affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français.
 - Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion.
 - Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
 - Payer la cotisation ou fraction de cotisation demandée.
 - Être âgé de moins de 69 ans.
 - Pour la souscription de l'option facultative Renfort Hospitalisation Plus : être couvert par une couverture frais de santé ADREA Mutuelle prévoyant une couverture hospitalisation minimum fixé par le contrat.
- **En cours de contrat :**
 - Informer la mutuelle de tout changement d'état civil, de domicile, de situation familiale, de coordonnées bancaires et de régime obligatoire d'assurance maladie dans les plus brefs délais et fournir les justificatifs nécessaires.
 - Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le règlement mutualiste.
- **Pour le versement des prestations:**
 - Transmettre à la Mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date de des soins.
 - Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations (factures et les bulletins d'hospitalisation).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.
Le paiement intervient selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion.
Les paiements peuvent être effectués par prélèvements, par carte bancaire ou par chèques.
Le paiement des cotisations peut être fractionné au mois, au trimestre ou au semestre.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. Le droit aux prestations ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai de 3 mois suivant la date d'adhésion. Ce délai ne s'applique pas en cas d'accident.

La couverture ne peut être rétroactive.

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er 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 à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle (hors radiation des ayants droit) 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. Il peut également être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

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.