

Assurance complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Prudence Créole
Assurément réunionnais



PRUDENCE CREOLE – Entreprise régie par le Code des Assurances – Société anonyme d'assurances I.A.R.D.T au capital de 7.026.960€ | Siège social : 32 rue Alexis de Villeneuve – CS 71081 – 97 404 Saint-Denis Cedex | SIREN 310 863 139 – RCS St-Denis de La Réunion – N° de Gestion 72 B 59 – APE 6512Z | Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 | Tel : 0262 70 95 00 – Site web : <http://www.prudencecreole.com>

EUROP ASSISTANCE FRANCE – Assureur des garanties d'assistance – Société anonyme au capital de 23.601.857€ | Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette – 92230 Gennevilliers

L'EQUITE – Assureur de la Protection Juridique Médicale – Société anonyme au capital de 26 469 320€ | Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro B 572 084 697 - Siège au 2 Rue Pillet-Will 75009 Paris

Produit : Santé Créole

Ce document d'information a pour but de vous donner un aperçu des principales couvertures et exclusions relatives à ce produit. Ce document n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qui y sont reprises ne sont pas exhaustives. Pour toutes informations complémentaires concernant l'assurance choisie et vos obligations, veuillez consulter la documentation précontractuelle et contractuelle relative à ce produit. En particulier, les niveaux de remboursement qui sont détaillés dans les tableaux des garanties.

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

Le produit **Santé Créole** garantit le remboursement de tout ou partie des dépenses engagées par l'assuré en cas d'accident, ou de maladie (y compris maternité) après remboursement de son régime obligatoire d'assurance maladie. Le produit **Santé Créole** respecte les conditions légales des contrats responsables. Il ne prévoit pas de questionnaire de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES ET SERVICES PRINCIPAUX

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires médicaux et chirurgicaux, frais de séjour, forfait hospitalier, frais de transport hospitalier.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux, imagerie, radiologie, actes de spécialité, auxiliaire médicaux, analyses, praticiens non remboursés, transport sanitaire.
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Matériel médical** : Prothèses médicales et orthopédiques prises en charge par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses et orthodontie remboursées.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles prescrites.
- ✓ **Aides auditives** : Aide auditive de classe I et II.
- ✓ Le paiement des prestations est délégué.
- ✓ Tiers Payant généralisé ou Tiers Payant Etendu.

LES GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

Hospitalisation : Chambre particulière
Optique : Chirurgie optique.
Cures thermales : Frais médicaux et de séjour
Forfaits : Allocation de naissance-adoption, allocation de solidarité obsèques pour le souscripteur du contrat.
Assistance médicale : y compris la Téléconsultation

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Renfort « Dentaire Remboursé » : forfait annuel supplémentaire.
Renfort « Optique Remboursé » : forfait supplémentaire par verre et chirurgie optique.
Renfort « Auto-Médication » : forfait annuel (médicaments prescrits non remboursés)
Protection Juridique Médicale

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 frais liés à des soins non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie sauf dispositions contraires figurant au tableau de garantie.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La garantie rapatriement.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La majoration 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.
- ! L'allocation obsèques n'est plus garantie au-delà de 65 ans.
- ! Le non-remboursement des spécialités pharmaceutiques non prescrites par un médecin.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! La prise en charge d'une hospitalisation en maison d'accueil spécialisée et EPHAD est limitée à 30 jours par an sur la base de 100% du tarif de responsabilité.
- ! L'hospitalisation à domicile en continuation d'un séjour hospitalier est prise en charge dans la limite de 90 jours sur la base de 100% du tarif de responsabilité.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les personnes de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans ce cas une ordonnance sera exigée.

Une somme peut rester à la charge de l'assuré (franchise) ou les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

La liste des exclusions et restrictions n'est pas exhaustive, se référer aux conditions générales et particulières.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine et dans les DROM (frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation). Les prestations sont payées en France et en euros.
- ✓ A l'Étranger, lors de voyages ou de séjours (En cas d'accident ou maladies contractées)
- ✓ 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 et s'il s'applique.
- ✓ Pour les garanties d'assistance, elles s'exercent selon le lieu de votre résidence principale à La Réunion ou à Mayotte.
- ✓ Pour les garanties Protection Juridique Médicale, le sinistre doit relever de la compétence d'une juridiction située sur le territoire de la France ou, si ce n'est pas le cas, d'une juridiction située sur le territoire d'un pays membre de l'Union Européenne.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE OU DE NON-GARANTIE :

À la souscription du contrat :

- Répondre exactement à l'ensemble des questions et demandes de renseignements de l'assureur, notamment dans le formulaire « Recensement des besoins » lui permettant d'apprécier les risques qu'il prend en charge.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Déclarer tout évènement modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) aux dates indiquées au contrat.
- Déclarer toutes les personnes couvertes par le contrat, un changement de domicile, de situation de famille, de situation au regard du Régime Obligatoire d'assurance maladie.
- Déclarer les garanties couvrant des risques de même nature souscrits auprès d'autres assureurs.

En cas de sinistre, pour le versement des prestations :

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat (décomptes + factures).
- Faire parvenir les demandes de remboursements au prestataire dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Régime Obligatoire.
- Répondre à toute demande d'information complémentaire transmise par l'assureur.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance selon la périodicité choisie par l'assuré, indiquée aux Dispositions Particulières (annuelle, semestrielle, trimestrielle, mensuelle).

Le paiement peut être effectué par chèque, prélèvement automatique, carte bancaire et en espèces (limité 1.000€ par an et par contrat).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date d'effet 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 la durée indiquée aux Dispositions Particulières. Il se renouvelle chaque année de façon automatique 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 :

- A l'expiration d'un délai d'un an, en adressant une notification, dans les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances, à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de ce contrat.
- Au-delà d'un an, à tout moment selon les conditions posées par l'article L113-15-2 du Code des assurances.