Circé 2 Performance

Document d'information sur le produit d'assurance
Le produit « Circé 2 Performance » est assuré par Mutest, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
La distribution et la gestion du produit sont proposées par Mutest.
Solution Santé

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 « Circé 2 Performance » permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident. Il propose une couverture santé modulable en offrant la possibilité à l'adhérent de choisir les niveaux de remboursements qu'il souhaite et qui sont proposés pour les différents modules de garanties (H-M-OD-BE-OBS). Tous les modules doivent être souscrits, à l'exception du module OBS qui est optionnel, et l'écart entre le module H et les autres modules ne peut être inférieur ou supérieur à 1. Le module HOSPI ne peut être que souscrit seul. A l'exception du module HOSPI, les garanties de tous les autres modules respectent l'ensemble des règles du contrat « solidaire et responsable » conformément à la réglementation en vigueur.

Qu'est-ce qui est assuré ?

GARANTIES OBLIGATOIRES :

✓ **Modules H** :

- Hospitalisation : forfait journalier hospitalier, honoraires, frais de séjour et autres frais.
- Maternité.
- Capital décès accidentel.
- Participation forfaitaire aux frais d'obsèques.
- Protection juridique : assistance téléphonique, gestion amiable de litiges, prise en charge des frais de procédure judiciaire.
- Capital dépendance totale.
- Téléconsultation médicale / Second avis médical / Club Avantages Mutest.

✓ **Modules M** :

- Soins courants : honoraires paramédicaux et médicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments, matériel médical, transport.
- Aides auditives.
- Cure thermale.

✓ **Modules OD** :

- Dentaire : soins, prothèses, orthodontie.
- Optique : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, forfait chirurgie réfractive, laser, kératotomie.

✓ **Module Bien-être**

GARANTIE OPTIONNELLE :

✓ **Module OBS** : frais d'obsèques.

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 assureur.

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

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 du régime de base obligatoire.

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 en dehors du territoire 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 Economique Européen ou en Suisse.

Quelles sont mes obligations ?

A 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 l'Assureur :

- 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.

Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical par tout médecin de son choix et/ou un contrôle administratif toute personne qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat. L'assuré s'engage à se soumettre à ces contrôles sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance à l'Assureur. 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 1er 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 en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'Assureur au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.

MUTEST_CIRCE2PERFORMANCE_ A19S10-20_V0725_081019_CD