

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions des Conditions générales valant Notice d'information. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans les Conditions générales valant Notice d'information.

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

Ce contrat est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative. Il a pour objet de garantir aux assurés une indemnité forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation complète supérieure à une nuitée et d'au moins 24 heures causée par une maladie ou un accident.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le montant du capital est forfaitaire, il varie en fonction de la formule choisie à l'adhésion.

✓ GARANTIES OBLIGATOIRES

- En cas d'hospitalisation pour maladie ou accident, versement d'une indemnité journalière forfaitaire

Les indemnités sont versées dans la limite de 90 jours par année civile.

Lors de la 1^{ère} année d'adhésion, cette durée est proratisée en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

✓ Assistance IMA



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Les hospitalisations dues à une maladie et qui surviennent dans un délai de 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les hospitalisations inférieures à 24 heures à temps complet sans nuitée.

Les séjours non couverts par le contrat :

- ✗ Les hospitalisations à temps partiel, de jour ou de nuit,
- ✗ L'hospitalisation faisant suite à une maladie ou un accident dont la 1^{ère} constatation médicale est antérieure à la demande d'adhésion,
- ✗ Les hospitalisations de jour ou ambulatoire,
- ✗ Les hospitalisations à domicile (HAD),
- ✗ Les séjours effectués en établissement, service, centre de moyen séjour ou soins de suite et de rééducation ou réadaptation polyvalents, ou spécialisé dans la prise en charge des affections listées dans la notice d'information
- ✗ Les séjours en service, en centre ou en établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie,
- ✗ Les séjours effectués en maison de retraite, service de gériatrie ou de gérontologie et ce, quel que soit le type d'établissement,
- ✗ Les séjours effectués en établissement ou service dit "de long séjour", quelle que soit la nature de l'établissement,
- ✗ Les séjours en cure ou établissement thermal,
- ✗ Les hospitalisations pour bilan de santé (check-up),
- ✗ Les hospitalisations à but de rajeunissement, de régime, esthétique ou de chirurgie plastique non prise en charge par la Sécurité sociale.



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

Principales exclusions

Ne sont pas pris en charge les hospitalisations dues à :

- ! Des tentatives de suicide ou des faits volontaires de l'assuré,
- ! La maternité et l'interruption volontaire de grossesse,
- ! L'usage de stupéfiants non prescrits médicalement aux conséquences de l'éthylisme ou d'un état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur ou égal à la réglementation en vigueur au moment de l'accident),
- ! L'état de démence, aux affections de type psychiatrique
- ! La pratique des sports précisés dans la notice d'informations
- ! La pratique de tout sport à titre professionnel,
- ! La participation active de l'assuré à des émeutes, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme ou de sabotage (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel),
- ! Des faits de guerre civile ou étrangère,
- ! La désintégration du noyau atomique.

Principales restrictions

- ! Le droit aux prestations est ouvert à l'issue de 24 heures consécutives d'hospitalisation, sauf en cas de nouvelle hospitalisation survenant dans les 3 mois suivant la fin de la dernière hospitalisation et que la nouvelle hospitalisation soit consécutive à la même maladie ou le même accident que la précédente hospitalisation.



Où suis-je couvert ?



En France et dans le monde entier, hors pays formellement déconseillé par le Ministère des Affaires Étrangères – France Diplomatie.



Quelles sont mes obligations ?

Lors de l'adhésion

L'Adhérent s'engage à fournir :

- Le bulletin d'adhésion dûment complété et signé ;
- Tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle (Copie de la pièce d'identité, relevé d'identité bancaire, mandat SEPA).

En cours de contrat

L'Adhérent s'engage à :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par la notice d'information ;
- Déclarer tout accident ou maladie entraînant la mise en œuvre des garanties dans les 30 jours ouvrés qui suivent la date à laquelle l'événement s'est produit ;
- Informer de toute modification d'adresse, de coordonnées bancaires...



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations périodiques sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, à terme à échoir, par prélèvement bancaire ou chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet retenue, après acceptation de la Mutuelle, est fixée au jour figurant sur le certificat d'adhésion. L'adhésion au contrat KLESIA Indemnités journalières hospitalières est effective à compter de cette date.

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée allant de la date d'effet définie ci-dessus jusqu'au 31 décembre suivant. Elle est reconduite ensuite pour un an, par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

La couverture cesse de plein droit lorsque l'assuré atteint son 75^{ème} anniversaire au 31 décembre.



Comment puis-je résilier l'adhésion ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle
- Acte extrajudiciaire
- Communication à distance lorsque la Mutuelle le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- À l'échéance du contrat, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, à tout moment. La Mutuelle doit accuser réception par écrit de la résiliation de l'adhésion en précisant la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que la Mutuelle en aura reçu la notification par l'assuré.

En cas de refus de la modification du contrat, dans un délai de 30 jours à compter de la remise de la notice lui notifiant cette modification ou de l'envoi de l'avenant lui notifiant la modification (cachet de la poste faisant foi). La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.