

Mon Plan Protection Hospitalisation

Document d'information sur le produit d'assurance

L'ADPRF a souscrit le contrat collectif « Mon Plan Protection Hospitalisation » dans les mêmes termes et aux mêmes conditions avec une notice identique, auprès des mutuelles Mutest et MMC.

La Mutuelle assureur apparaît au certificat d'adhésion.

La gestion des garanties d'assurances est confiée dans des termes et conditions identiques par la mutuelle assureur à PRAECONIS, filiale des mutuelles Mutest et MMC.

Solution Prévoyance



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 Mon Plan Protection Hospitalisation garantit le versement d'une Indemnité Journalière en cas d'hospitalisation toutes causes



Qu'est ce qui est assuré ?

- ✓ En cas d'Hospitalisation de l'adhérent, la garantie du contrat prévoit le versement à l'assuré de l'indemnité journalière de base figurant sur son certificat d'adhésion en vigueur à la date de l'hospitalisation.

Cette indemnité est versée :

- ✓ pour toute hospitalisation d'une durée d'au moins 48 heures consécutives pour chaque journée complète passée à l'hôpital
- ✓ déduction faite d'une franchise d'une journée d'hospitalisation
- ✓ au maximum pendant 3 ans (1095 jours) lorsque l'Hospitalisation est consécutive à un Accident au sens du présent contrat
- ✓ au maximum pendant 1 an (365 jours) si l'Hospitalisation est due à une Maladie au sens du présent contrat



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardio-vasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les pathologies soudaines. La blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident ne peut être considérée comme un accident.
- ✗ Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident ainsi que les hospitalisations à domicile
- ✗ les pathologies diagnostiquées antérieurement à l'adhésion



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

- ! la tentative de suicide, accident, blessure, maladie ou mutilation volontaire
- ! l'usage de stupéfiants ou de médicaments non prescrits
- ! les accidents de la route lorsque l'assuré est en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiants hors de toute prescription
- ! la participation active de l'assuré à des rixes sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger
- ! l'explosion atomique ou les effets de la radioactivité,
- ! les faits de guerre, d'émeute, d'insurrection
- ! les enfants âgés de moins de 30 jours
- ! les hospitalisations en service hospitalier néonatal d'enfants nés prématurément, les hospitalisations chirurgicales à caractère esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale
- ! les séjours de repos, de convalescence, de retraite ou de postcures, les séjours de rééducation fonctionnelle, les séjours en établissement à caractère sanitaire
- ! les états de grossesse le risque maternité, sauf en cas de césarienne
- ! les cures, les traitements diététiques ainsi que leurs conséquences
- ! les séjours en gériatrie, en service psychiatrique, en service de gérontologie et en institut médico-pédagogique
- ! les hospitalisations causées par une maladie psychosomatique, un coma diabétique, et la nécessité de se faire accompagner par une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante
- ! les accidents survenus au cours des activités professionnelles de pilotes et membres d'équipage



Où suis-je couvert ?

- ✓ L'assurance est valable dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois, et sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion.



Quelles sont mes obligations ?

Obligation de déclaration :

- L'assureur fonde ses engagements sur les déclarations de l'assuré et/ou de l'adhérent. Toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre expose l'assuré à une déchéance des garanties voire une nullité de l'adhésion.

En cas de sinistre :

- L'assuré, dès qu'il en a connaissance, doit déclarer à l'assureur tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat. Sauf cas fortuit ou de force majeure, il doit déclarer l'hospitalisation dans un délai maximum de 30 jours

Il devra adresser les documents et pièces justificatives suivantes :

- un certificat médical précisant la nature et la durée de l'hospitalisation
- l'attestation de l'établissement hospitalier ou bulletin d'hospitalisation, précisant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital
- un RIB du compte sur lequel doivent être virées les prestations

Contrôle médical :

- L'assureur peut, à tout moment, faire procéder par un médecin mandaté à cet effet, aux visites médicales, contrôles, expertises et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture du service des prestations.
- S'il s'agit d'un accident, l'assuré devra préciser la date de survenance et les circonstances précises (lieu, nom des témoins...), la nature des lésions constatées médicalement et adresser à l'assureur le procès-verbal d'accident établi par les autorités compétentes.
- Toute prolongation d'hospitalisation nécessite un certificat de prolongation qui doit parvenir à l'assureur dans les 8 jours et précisant qu'il s'agit de la suite de la même affection, ainsi que la durée de la prolongation.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

Les cotisations sont payables d'avance au choix de l'ADHERENT :

- annuellement par chèque
- mensuellement par prélèvements automatiques bancaires, ou par carte bancaire



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties sont acquises à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif de la 1ère cotisation. L'adhésion est souscrite pour une durée initiale de 12 mois. Elle est ensuite reconduite tacitement chaque 1er janvier pour une période d'un an.

Les garanties cessent :

- au jour où l'ASSURE atteint l'âge de 75 ans
- en cas de non-paiement des cotisations
- en cas de résiliation de l'adhésion
- au jour du décès de l'ASSURE



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