

Ce document d'information présente un résumé des principales prestations accordées au titre de cette garantie et les 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.

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

La complémentaire santé CAMPUS NIVEAU 1 est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation, en complément de la sécurité sociale française. Elle fournit également à l'adhérent, des prestations d'assistance pour tout déplacement d'une durée maximum de 120 jours consécutifs et une couverture contre les conséquences financières des dommages causés au tiers dans le cadre des activités définies dans le contrat.



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. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Soins courants : vaccins et rappels remboursés ou non la sécurité sociale.
- ✓ Hospitalisation : hospitalisation médicale ou chirurgicale, forfait journalier hospitalier, participation assuré 24€, actes et soins suite à un accident, transport.
- ✓ Forfaits annuels : un détartrage dentaire annuel, sevrage tabagique, préservatifs masculins.
- ✓ Responsabilité Civile :
 - Responsabilité civile obligatoire : engagée à l'occasion des activités de la vie privée de l'assuré (y compris les activités scolaires et universitaires), des activités sportives ainsi que pour tout stage conseillé ou ordonné par un établissement d'enseignement, qu'il soit rémunéré ou non.
 - Responsabilité civile médicale : engagée à l'occasion des activités liées à l'exercice de professions médicales ou paramédicales, dans le cadre de stages, gardes et soins obligatoires ou non, rémunérés ou non.
 - Défense et recours dans le cadre d'un litige.
- ✓ L'invalidité ou le décès de l'assuré consécutif à un accident : capital de 0 € à 35 000 € en fonction du taux d'invalidité, 610€ à 1 525 € en cas de décès.
- ✓ Assistance aux personnes dans le cadre d'un déplacement à l'étranger : transport ou rapatriement médical, remboursement complémentaire de frais médicaux, avance des frais d'hospitalisation, assistance en cas de décès, aide au voyage.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et hospitalisations effectués en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Le remboursement de la participation assuré hors hospitalisation.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Le fait intentionnel.
- ! Les actes de chirurgie esthétique et/ou réparatrice non pris en charge par la sécurité sociale.
- ! Les sinistres causés en état d'ivresse ou sous l'influence de drogues, par la pratique de sports aériens et professionnels, par le suicide ou la tentative de suicide, la guerre.
- ! Les dommages relatifs à la chasse, aux biens loués ou empruntés, aux armes à feu dont la détention est interdite (responsabilité civile).
- ! Les déplacements à caractère professionnel et les frais engagés sans accord préalable dans le cadre de l'Assistance aux personnes.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

HOSPITALISATION

- ! Le nombre de forfaits journaliers remboursés pour hospitalisation en services psychiatriques et neuropsychiatriques, ainsi que ceux en centres d'éducation et de soins spécialisés, est égal au nombre de jours prévus dans la garantie.

FORFAITS

- ! Les forfaits annuels sont versés à l'assuré dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année.

ACCIDENTS

- ! Le seuil minimal d'intervention pour l'invalidité permanente est de 11%.

ASSISTANCE AUX PERSONNES

- ! Le remboursement des frais médicaux et l'avance des frais d'hospitalisation dans le cadre de l'Assistance aux personnes, sont limités à 5.336 € TTC et à 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est.



Où suis-je couvert ?

En France métropolitaine et dans le reste du monde à l'exclusion :

- ✓ Des Etats-Unis et du Canada en ce qui concerne la responsabilité civile médicale.
- ✓ Des pays en guerre ou d'instabilité politique notoire en ce qui concerne l'assistance des personnes.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension et de résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations vous devez :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle,
- Fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquées au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre sécurité sociale,
- Informer la mutuelle de toute modification survenant au cours de l'adhésion en lui transmettant les pièces justificatives nécessaires.

En cas de sinistre :

- Déclarer tout sinistre à la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 30 jours ouvrés à compter du moment où vous en avez eu connaissance et fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le règlement de la cotisation s'effectue :

- Pour une première souscription, un paiement unique (en carte bancaire), soit en paiement fractionné (prélèvements automatiques). Le nombre de prélèvements est égal au nombre de mois de la durée de la garantie et les prélèvements sont effectués le 5 du mois.
- Pour toute reconduction, soit en un paiement unique (en carte bancaire), soit par prélèvements de 12 mensualités égales.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet le lendemain du paiement à 0 heure (au plus tôt le 1er septembre) et est conclu selon le choix de l'adhérent pour une durée de 3 à 12 mois.

Un délai de carence d'un (1) mois s'applique aux prestations liées à l'hospitalisation et aux forfaits optique et dentaire. Ce délai ne s'applique pas si l'adhérent était couvert par un organisme assurant des prestations complémentaires moins de deux mois avant la date d'adhésion ou si les prestations sont liées à un accident survenu après la date d'adhésion.

Quelle que soit la durée initiale du contrat, il se renouvelle automatiquement au 31 août de chaque année pour une durée de 12 mois, sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la mutuelle.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- En adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.
- Lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies ou en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis dans les trois mois suivant la date de l'évènement.
- Dans l'un des cas suivants et sur présentation d'un justificatif :
 1. Adhésion à un contrat collectif obligatoire,
 2. Obtention de la Couverture Maladie Universelle (CMU),
 3. Souscription à une complémentaire santé rentrant dans le dispositif ACS,
 4. Départ à l'étranger (la durée du séjour doit chevaucher d'au moins 6 mois celle de la garantie),
 5. Affiliation à un régime spécial,
 6. Souscription à une garantie complémentaire santé La Mutuelle Familiale