VOTRE COURTIER
Valerie Vidal
FIDELIS ASSURANCES
10 RUE PERGOLESE
75016 PARIS
N° Orias : 11058956 - www.orias.fr
gestion@groupefidelis.com
+33(0)1 85 43 05 55

ATOUT + INDIVIDUEL

VOTRE ÉTUDE PERSONNALISÉE

Santé et Prévoyance

malakoff humanis COURTAGE

Madame EXEMPLE
1 RUE DE LA RIVIERE
75000 Paris

EXEMPLE

Les conditions tarifaires du présent devis sont valables du 22/06/2022 au 22/09/2022 sous réserve qu'aucune modification ne soit intervenue pouvant impacter le tarif : changement d'adresse, de tranche d'âge ou d'année tarifaire. **Si la souscription intervient au-delà du 22/09/2022, un nouveau devis doit être réalisé.**
Devis établi à PARIS,
le 22/06/2022.
Référence : xxxxxxxxx

Pour votre adhésion en couple, vous bénéficiez d'une remise exceptionnelle de 10% sur votre cotisation.

1 GARANTIES PRINCIPALES*

	FORMULE 4
SOINS COURANTS - Généralistes ou spécialistes - DPTAM (1)	175% BR
SOINS COURANTS - Actes techniques médicaux - DPTAM (1)	175% BR
SOINS COURANTS - Actes d'imagerie médicale - DPTAM (1)	175% BR
. OPTIQUE - Verres simples et monture (5)	175 EUROS
OPTIQUE - Verres complexes et très complexes et monture (6) (7)	300 EUROS
DENTAIRE - Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (10)	200% BR
AIDES AUDITIVES - Accessoires et fournitures	100% BR

2 LES PERSONNES A ASSURER

Lien Familial	Prénom & Nom	Né(e) le	Régime obligatoire
Affilié	MME Exemple	14/03/1954	REGIME GENERAL
Conjoint	MR Exemple	05/08/1951	REGIME GENERAL

MFGP0072 GPOAVDEDA 558 1/17

*détail pages suivantes

3 VOS GARANTIES ET VOTRE COTISATION

Les garanties sont applicables à la date d'effet de chaque contrat sous réserve de l'acceptation de l'assureur.

Contrat RESPONSABLE n° 0032664	**FORMULE 4**
GARANTIE FRAIS DE SANTE Date d'effet souhaitée : 01/08/2022	168,67 € [1]

[1] Les tarifs correspondent aux cotisations mensuelles TTC pour l'ensemble des bénéficiaires, comprennent 0,58 € d'assistance

Contrat PREVOYANCE n° 0032666	**FORMULE 4**	
GARANTIE DECES PAR ACCIDENT DE L'ASSURE	Capital	Cotisation
(SEUL L'ASSURE EST COUVERT)	Solo 20 000 €	4,50 € [3]

[3] Les tarifs correspondent aux cotisations mensuelles TTC pour l'assuré uniquement

COTISATION TOTALE EN FONCTION DES GARANTIES CHOISIES	**173,17 €**

! En optant pour l'option capital accident supérieure ou égale à 20 000 euros, vous bénéficiez d'une réduction de 5% sur votre cotisation santé. Cette réduction est incluse dans le tarif.

Les cotisations sont celles en vigueur à la date d'effet de l'adhésion et évoluent chaque année conformément à la notice d'information.

Elles sont payables mensuellement à terme d'avance.

PERSONNE(S) À ASSURER

Votre devis est basé sur le lieu d'habitation, la composition de votre famille et sur l'âge de chacun ses membres.
Toute modification de ces éléments entraîne donc un changement tarifaire.
Pour connaître la composition de votre famille à assurer, référez-vous au bloc 2 "Les personnes à assurer" de cette étude personnalisée.

SANTÉ

TABLEAU DE GARANTIES SANTE

Les taux de remboursement indiqués ci-après sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire, par bénéficiaire. Ils incluent le remboursement de cet organisme. Toutefois, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.
Dans le cas où le prestataire de santé n'est pas conventionné, le remboursement est exprimé en pourcentage du tarif d'autorité.

	FORMULE 4
HOSPITALISATION (hors chirurgie esthétique, y compris maternité)	
En établissement conventionné	
. Honoraires des praticiens - DPTAM (y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds) (1)	200% BR
. Votre fidélité récompensée, à compter de la 2ème année d'adhésion	+20% BR
. Votre fidélité récompensée, à compter de la 4ème année d'adhésion	
. Honoraires des praticiens - non DPTAM (y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds) (1)	180% BR
. Frais de séjour (2)	Aucun reste à payer
. Forfait journalier hospitalier en établissement de santé (3)	Aucun reste à payer
. Chambre particulière en Chirurgie - Médecine - Maternité	75 EUROS/jour
. Votre fidélité récompensée, à compter de la 3ème année d'adhésion	+20 EUROS/jour
. Chambre particulière en Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation (max : 40 jours par an) (13)	75 EUROS/jour
. Chambre particulière pour un séjour en psychiatrie (max : 30 jours par an)(13)	75 EUROS/jour
. Frais annexes en hospitalisation chirurgicale (TV, Internet, Téléphone), sur présentation de la facture, 20 jours par hospitalisation	20 EUROS/jour
. Lit accompagnant, par nuitée (13)	20 euros limité à 20 nuits / an
. Hospitalisation à domicile	150% BR
En établissement non conventionné (4)	
. Tous postes confondus	105% BR
SOINS COURANTS	
Généralistes ou spécialistes - DPTAM (1)	175% BR
Généralistes ou spécialistes - non DPTAM (1)	150% BR
Actes techniques médicaux - DPTAM (1)	175% BR
Actes techniques médicaux - non DPTAM (1)	150% BR
Actes d'imagerie médicale - DPTAM (1)	175% BR
Actes d'imagerie médicale - non DPTAM (1)	150% BR
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR) (12)	150% BR
Actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeuthes, pédicures podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes)	150% BR
Analyses et examens de laboratoire	150% BR
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique(13)	100% BR +85 EUROS/an
Médicaments et vaccins remboursés à 15%, 30% et 65 %	100% BR

MFGP0072 GPOAVDEDA 558 3/17

TABLEAU DE GARANTIE SANTE (SUITE)

	FORMULE 4
OPTIQUE	
Renouvellement par équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans, à compter du dernier achat	
Renouvellement annuel en cas d'évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans	
Equipement 100 % Santé de classe A (monture + 2 verres) (15)	Aucun reste à payer
Equipement hors 100 % Santé de classe B, dans le réseau et hors réseau	
. Au sein de l'équipement, remboursement de la monture limité à	100 EUROS - MR
. Verres simples et monture (5)	175 EUROS
. Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :	200 EUROS
Verres complexes et très complexes et monture (6) (7)	300 EUROS
. Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :	350 EUROS
. Avantages Kalixia Optique Avec nos 6 800 opticiens partenaires, profitez de 33 % de réduction sur les verres, 20 % minimum sur les montures et le remplacement de votre équipement optique en cas de casse	Offert
Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale (13) (8)	80 EUROS/an
Implants multifocaux non remboursés par la Sécurité Sociale (13)	200 EUROS/an
Votre fidélité récompensée, à compter de la 2ème année d'adhésion	
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé (15)	Aucun reste à charge
Soins et prothèses hors 100 % Santé	
Consultations et soins dentaires	175% BR
Radiologie dentaire	100% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (10)	200% BR
Votre fidélité récompensée, à compter de la 3ème année d'adhésion	100% BR
Plafond de remboursements prothèses dentaires (ne concerne pas les actes inclus dans le panier 100 % Santé) (13) (11)	1250 EUROS/an
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement	100% BR
Autres frais dentaires non remboursés (implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie) (13) (14)	200 EUROS/an
Votre fidélité récompensée, à compter de la 2ème année d'adhésion	+40 EUROS/an
Votre fidélité récompensée, à compter de la 4ème année d'adhésion	+60 EUROS/an
AIDES AUDITIVES	
Aides auditives - par oreille - renouvellement par appareil tous les 4 ans dans la limite de 1700 €, Sécurité sociale incluse pour la classe II	
Equipement 100 % Santé (classe I) (15)	Aucun reste à payer
Equipement hors 100 % Santé (classe II)	100% BR +250 EUROS
Avantage Kalixia audio Avec nos 4 400 centres audioprothèses, profitez d'une couverture en cas de panne pendant 4 ans, un kit d'entretien, un dépistage gratuit et le tiers payant dans la limite de vos garanties	Offert
Accessoires et fournitures	100% BR
CURE THERMALE	
Honoraires, forfait de surveillance médicale et thermale, forfait transport et hébergement thermal) - forfait global annuel limité à 18 jours/an (13)	100% BR +150 EUROS/an
Votre fidélité récompensée, à compter de la 3ème année d'adhésion	+20 EUROS/an

MFGP0072 GPOAVDEDA 558 4/17

TABLEAU DE GARANTIE SANTE (SUITE)

	FORMULE 4
BIEN ÊTRE - PREVENTION	
Médicaments et homéopathie prescrits non remboursés Vaccins non remboursés : grippe, paludéen, fièvre jaune Bilan de santé : troubles de l'andropause, de la ménopause, dépistage cancer colorectal, du col de l'utérus, de l'ostéoporose, de la cataracte, du glaucome, DMLA, de la mémoire, de l'audition, du parodonte Bien être et prévention Glucomètre et/ou autodensimètre Forfait incontinence loupes, lunettes loupes non remboursées SS Dépose d'un holter tensionnel Forfait global par an par bénéficiaire (sur présentation factures) et prescription médicale (13)	60 EUROS/an
Votre fidélité récompensée, à compter de la 3ème année d'adhésion	+15 EUROS/an
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, étiopathe, psychologue, podologue, pédicure, naturopathe, microkinésithérapeute Toutes spécialités si médecins diplômés selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur et inscrits au registre officiel de leur profession - ex : ADELI, RNE ...) Max 40 € par acte par an par bénéficiaire (13)	120 EUROS/an
Votre fidélité récompensée, à compter de la 2ème année d'adhésion	+40 EUROS/an
Votre fidélité récompensée, à compter de la 4ème année d'adhésion	+40 EUROS/an
Actes de préventions pris en charges par le RO (9)	Inclus
Honoraires de dispensation du pharmacien, y compris vaccination antigrippale	100% BR
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100% BR
ASSISTANCE	
Assistance au quotidien	Incluse
SERVICES	
Tiers Payant	Inclus
Décompte en ligne	Inclus
LE CONTRAT	
Age limite d'adhésion	80 ans inclus

1 - Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.
2 - Limité à hauteur de la garantie, par an et par bénéficiaire, pendant une durée déterminée (30 jours en milieux spécialisés: service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie- 90 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100% du tarif de responsabilité
3 - Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale, unités de soins longue durée et établissements de gérontologie.

4 - Dans les établissements non conventionnés, les remboursements se feront sur la base du tarif d'autorité

5 - Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

6 - Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs
7 - Verres très complexes: verres multifocaux ou progressifs, sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries.

8 - Dans le cas où le forfait est consommé, les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire seront prises en charge à hauteur du tarif de responsabilité.

9 - Détartrage annuel et vaccin DTP.

10 - Remboursement dans la limite des honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires entrant dans le panier à tarifs modérés.

11 - En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée

12 - SMUR : Service Médical d'Urgence Régional. Organisation régionale mettant à disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

13 - Période de renouvellement par année glissante adhésion

14 - Dans la limite de 3 implants par an et par bénéficiaire (Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire)

15 - Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation/prix limites de vente définis aux Conditions générales

La formule 6 cumule les garanties de deux contrats : un contrat solidaire et responsable et un contrat non responsable.

MFGP0072 GPOAVDEDA 558 5/17

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT SANTE

Les exemples présentés sont établis sur la base des données du Régime Général de la Sécurité sociale au 01/01/2022.

Les remboursements incluent les remboursements de l'Assurance Maladie et la déduction de la participation forfaitaire de 1 euro. Ils concernent un assuré social suivant le parcours de soins.

Ces exemples n'ont qu'une valeur indicative et ne peuvent tenir lieu d'engagement.

		FORMULE 4	
	Dépense	Remboursement	Reste à charge
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	20 €	-
Honoraires du chirurgien Avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM)	355,00 €	355 €	-
Honoraires du chirurgien Avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM)	431,00 €	431 €	-
Chambre particulière - 1 nuit	60,00 €	60 €	-
Equipement 100% Santé** (classe A) - 1 monture à 30 €+ 2 verres simples unifocaux à 95 €	125,00 €	125 €	-
Réseau Kalixia : Equipement autre que 100 % Santé (Classe B) : 1 monture à 116 euros+ 2 verres simples unifocaux à 144 €	260,00 €	244 €	16 €
Hors Réseau Kalixia : Equipement autre que 100 % Santé (Classe B) : 1 monture à 145 € + 2 verres simples unifocaux à 200 €	345,00 €	275 €	70 €
Réseau Kalixia : Equipement autre que 100 % Santé (Classe B) : 1 monture à 116 €+ 2 verres très complexes progressifs à 392 €	508,00 €	400 €	108 €
Hors Réseau Kalixia :Equipement autre que 100 % Santé (Classe B) : 1 monture à 145 € + 2 verres très complexes progressifs à 574 €	719,00 €	400 €	319 €
Détartrage	28,92 €	28,92 €	-
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires - Soins et prothèses 100% Santé	500,00 €	500 €	-
Réseau Kalixia : Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires à tarifs maîtrisés	496,00 €	240 €	256 €
Hors Réseau Kalixia : Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires à tarifs maîtrisés	538,70 €	240 €	298,70 €
Réseau Kalixia : Couronne céramo-métallique sur molaires à tarifs libres	496,00 €	215 €	281 €
Hors Réseau Kalixia : Couronne céramo-métallique sur molaires à tarifs libres	538,70 €	215 €	323,70 €
Réseau Kalixia :Implant (racine et pilier)	1200,00 €	200 €	1000 €
Hors Réseau Kalixia : Implant (racine et pilier)	1800,00 €	200 €	1600 €
Réseau Kalixia : 1 semestre de traitement orthodontique enfant de 14 ans	521,00 €	193,50 €	327,50 €
Hors Réseau Kalixia : 1 semestre de traitement orthodontique enfant de 14 ans	600,00 €	193,50 €	406,50 €
Aide auditive par oreille, pour un adulte > 20 ans, Equipement 100 % santé (Classe I)	950,00 €	950 €	-
Réseau Kalixia : Aide auditive par oreille, pour un adulte > 20 ans, Equipement hors 100 % santé (Classe II)	1178,00 €	650 €	528 €
Hors Réseau Kalixia : Aide auditive par oreille, pour un adulte > 20 ans, Equipement hors 100 % santé (Classe II)	1476,00 €	650 €	826 €
Consultation d'un médecin traitant généraliste-Consultation sans dépassement d'honoraires	25,00 €	24 €	1 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)-Consultation sans dépassement d'honoraires	30,00 €	29 €	1 €

MFGP0072 GPOAVDEDA 558 6/17

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT SANTE

Les exemples présentés sont établis sur la base des données du Régime Général de la Sécurité sociale au 01/01/2022.

Les remboursements incluent les remboursements de l'Assurance Maladie et la déduction de la participation forfaitaire de 1 euro.
Ils concernent un assuré social suivant le parcours de soins.

Ces exemples n'ont qu'une valeur indicative et ne peuvent tenir lieu d'engagement.

		FORMULE 4	
	Dépense	Remboursement	Reste à charge
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)-Consultation avec dépassement d'honoraires maîtrisés (Adhérent à un DPTM)	**44,00 €**	**43 €**	**1 €**
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)-Consultation avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM)	**56,00 €**	**33,50 €**	**22,50 €**
Consultation d'un ostéopathe, pour 1 séance et par bénéficiaire	**60,00 €**	**40 €**	**20 €**

COMMUNICATION FRAIS DE GESTION

Pour l'année 2021, au titre de l'ensemble des contrats frais de santé assurés par QUATREM

-le taux de redistribution s'élevait à 77,53%.
Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- le montant total des frais de gestion, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élevait à 26,34%.
Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

2 VOS GARANTIES ET VOTRE COTISATION

Après avoir pris connaissance de votre devis et des conditions générales, veuillez cocher la formule souhaitée parmi celles-ci-après :

Les garanties sont applicables à la date d'effet de chaque contrat sous réserve de l'acceptation de l'assureur.

Contrat RESPONSABLE n° xx	**FORMULE 4**
GARANTIE FRAIS DE SANTE Date d'effet souhaitée : 01/08/2022	168,67 € [1]

[1] Les tarifs correspondent aux cotisations mensuelles TTC pour l'ensemble des bénéficiaires, comprennent 0,58 € d'assistance

Contrat PREVOYANCE n° yy	**FORMULE 4**	
GARANTIE DECES PAR ACCIDENT DE L'ASSURE	Capital	Cotisation
(SEUL L'ASSURE EST COUVERT)	Solo 20 000 €	4,50 € [3]

[3] Les tarifs correspondent aux cotisations mensuelles TTC pour l'assuré uniquement

COTISATION TOTALE EN FONCTION DES GARANTIES CHOISIES Sélectionner la formule souhaitée	☐ **173,17 €**

! En optant pour l'option capital accident supérieure ou égale à 20 000 euros, vous bénéficiez d'une réduction de 5% sur votre cotisation santé. Cette réduction est incluse dans le tarif.

Les cotisations sont celles en vigueur à la date d'effet de l'adhésion et évoluent chaque année conformément à la notice d'information

Elles sont payables mensuellement à terme d'avance

J'ai bien noté que des conditions particulières seront émises par Quatrem, afin de formaliser l'acceptation de ma souscription, ainsi que sa date d'effet. Ces conditions particulières sont à retourner signées à votre courtier.

3 CHOIX DES MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Les cotisations sont payables à terme d'avance.

Prélèvement bancaire (remplir le mandat de prélèvement SEPA):

☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel

Date de prélèvement souhaitée :
☐ 1 ☐ 5 ☐ 10 ☐ 15 du mois (ou si autre que mensuel : du 1 er mois de la périodicité choisie)
Réception des appels de cotisations par e-mail :

☐ Oui (merci de vérifier que vous avez renseigné votre adresse e-mail)

☐ Non, réception par courrier à l'adresse de correspondance de l'adhérent

Ou Autre adresse : .....

Si vous souhaitez un autre mode de paiement, veuillez contacter votre courtier.

4 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES SANTE

Lien Familial	Prénom & Nom	Né(e) le	Département de naissance	Commune de naissance	Pays de naissance
Affilié	MME exemple	14/03/1954			
Conjoint	MR exemple	05/08/1951			

Prénom & Nom	N° de Sécurité Sociale	Régime obligatoire	N° d'organisme d'affiliation	Télétransmission
MME exemple		REGIME GENERAL		☐ oui ☐ non
MR exemple		REGIME GENERAL		☐ oui ☐ non

5 BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE DÉCÈS PAR ACCIDENT DE L'ASSURE

Si le contrat souscrit prévoit le versement de capitaux en cas de décès accidentel, ils seront versés selon l'ordre de priorité prévu aux conditions générales ou dans la notice d'information. Si vous souhaitez une désignation de bénéficiaire différente, vous devez faire connaitre vos intentions à Malakoff Humanis soit par lettre manuscrite, soit en utilisant l'imprimé Désignation particulière de bénéficaire(s), à envoyer à cette adresse :
Atout Santé Courtage – Malakoff Humanis, Service Prévoyance UG 88A, 1 rue Marcel Paul, 44097 Nantes cedex 1.

6 DISPOSITIONS DIVERSES

Télétransmission des décomptes du régime obligatoire

Afin que le remboursement des frais médicaux complémentaires s'effectue de manière automatique, l'assuré(e) et les bénéficiaires tels que définis au contrat autorisent l'assureur (conformément à la loi 78-17 «Informatique et libertés » du 6 janvier 1978) à établir une liaison directe (échanges NOEMIE) avec leur caisse du régime obligatoire si cela est possible. S'ils ne le souhaitent pas, ils ont la possibilité de refuser par écrit.

Modèle de lettre de renonciation à l'adhésion

Pour exercer votre droit de renonciation, dont les modalités sont prévues à la notice d'information, vous pouvez utiliser le modèle de lettre suivant : Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à ma souscription au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date d'effet des conditions particulières), par l'intermédiaire de (nom du courtier), en application des dispositions de l'article L 112-9 du code des assurances (en cas de démarchage à domicile) L 112-2-1 du code des assurances (en cas d'adhésion à distance) – (rayer la mention inutile)

6 DISPOSITIONS DIVERSES (SUITE)

Loi Informatique et Libertés

Les informations collectées sont toutes nécessaires à Quatrem (société du groupe Malakoff Humanis), ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

COMMUNICATION FRAIS DE GESTION

Pour l'année 2021, au titre de l'ensemble des contrats frais de santé assurés par QUATREM

-le taux de redistribution s'élevait à 77,53%.
Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- le montant total des frais de gestion, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élevait à 26,34%.
Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

7 DECLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Je demande à souscrire au contrat :

- ☑ CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE ATOUT + INDIVIDUEL n° xxxx
- CONTRAT SOLIDAIRE ATOUT + INDIVIDUEL
  - ☐ Garantie Décès par accident de l'assuré n° xxxx (cochez la case)

Je déclare (cochez les cases)

- ☐ Avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion et en avoir pris connaissance,
- ☐ Relever du régime de Sécurité sociale française et résider en France métropolitaine,
- ☐ Être informé(e) que mon(mes) contrat(s) serait(ent) nul(s) en cas de déclaration inexacte,
- ☐ Être informé que l'assureur peut me demander à tout moment de justifier que mon conjoint, partenaire du PACS, concubin, mes enfants à charge, répondent bien à la définition contractuelle par tous moyens à sa convenance.
- ☐ Avoir reçu un exemplaire des conditions générales du CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE ATOUT + INDIVIDUEL n° 0032664 et en avoir pris connaissance,
- ☐ Avoir reçu un exemplaire des conditions générales du CONTRAT SOLIDAIRE ATOUT + INDIVIDUEL n° 0032666 et en avoir pris connaissance,
- ☐ Être informé et avoir pris connaissance des modalités de renonciation prévues par le CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE ATOUT + INDIVIDUEL n° 0032664 et rappelées au paragraphe « modèle de lettre de renonciation à l'adhésion » de la présente demande d'adhésion,
- ☐ Être informé et avoir pris connaissance des modalités de renonciation prévues par le CONTRAT SOLIDAIRE ATOUT + INDIVIDUEL n° 0032666 et rappelées au paragraphe « modèle de lettre de renonciation à l'adhésion » de la présente demande d'adhésion,
- ☐ Accepter de recevoir l'ensemble des documents relatifs à mon adhésion exclusivement en version dématérialisée.

☐ **Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées à la présente demande de souscription et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.**
(Cochez la case)

Fait à : Le :	Signature de l'assuré :

8 MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

IMPORTANT : veuillez remplir intégralement cet imprimé et le retourner en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire ou de Caisse d'Épargne. Cela peut être un document séparé ou celui du courtier

TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER :

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Ou Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

IDENTIFIANT INTERNATIONAL DU COMPTE BANCAIRE :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Quatrem à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Quatrem. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous aurez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant le débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

ORGANISME CREANCIER :

Raison sociale : Malakoff Humanis - Atout Santé Courtage

Adresse :
Unité de gestion 200
TSA 21932
92894 NANTERRE CEDEX 9

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR56AMI414162

La Référence Unique de Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé d'identité bancaire du titulaire du compte à débiter

Fait à :

Le :

Signature de l'assuré :

9 PIÈCES A FOURNIR POUR VALIDER LA SOUSCRIPTION

Je joins à la présente demande de souscription - cochez la (les) case(s) correspondant au(x) document(s) joint(s) :

- ☐ Une copie de ma carte nationale d'identité,
- ☐ Une copie de mon attestation d'affiliation au régime obligatoire, ainsi que de celle des bénéficiaires si elle est différente,
- ☐ Un relevé d'identité bancaire pour le paiement des prestations,
- ☐ Un mandat de prélèvement SEPA complété et signé pour le paiement des cotisations contractuelles,

Le cas échéant :

- ☐ Une copie du Pacte civile de solidarité,
- ☐ En cas de concubinage, toute pièce justifiant de cette situation,
- ☐ Pour les enfants de plus de 18 ans poursuivant leurs études, un certificat de scolarité ou d'apprentissage,
- ☐ Toute pièce permettant de justifier la situation de handicap ou de recherche d'emploi d'un enfant à charge.

10 DESIGNATION DES BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES

Quelques recommandations pour la désignation des bénéficiaires en cas de décès

La désignation des bénéficiaires type est adaptée à la plupart des cas. Néanmoins, nous vous invitons à vérifier au préalable qu'elle correspond bien à votre situation, plus particulièrement si vous vivez en concubinage. Si elle ne vous convient pas, les quelques recommandations qui suivent vous aideront à rédiger votre désignation.

Les modalités de désignation

Vous pouvez faire votre désignation sur le présent document ou par acte authentique ou par acte sous seing privé. Vous avez la faculté de modifier votre désignation à tout moment et notamment lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sur un formulaire fourni par QUATREM ou sur demande écrite datée et signée de votre main ou par acte authentique ou par acte sous seing privé.
L'acte authentique est un acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.
L'acte sous seing privé est un acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.

Toute désignation devient irrévocable dès qu'elle a fait l'objet d'une acceptation expresse de la part du bénéficiaire désigné, dans les conditions prévues à l'article L132-9 du code des assurances, à savoir notamment, par avenant signé par l'assureur, le bénéficiaire et l'assuré, soit par acte authentique, soit par acte sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, qui n'aura d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'il lui aura été notifié par écrit.

Le choix du bénéficiaire

Le choix du bénéficiaire est libre.
Vous avez la possibilité de désigner plusieurs personnes. Dans ce cas, il est indispensable que vous :

- précisiez si l'une est prioritaire par rapport aux autres. Cela permet ainsi le versement de la totalité du capital par ordre de priorité : si le bénéficiaire désigné prédécède, le capital sera alors versé au bénéficiaire de rang suivant, dans l'ordre ainsi établi.
  Si la première personne désignée est prioritaire, il faut faire précéder le nom de la deuxième personne par la mention "à défaut" et ainsi de suite pour les autres bénéficiaires choisis.

OU

- indiquiez la part de chacune si elles sont toutes bénéficiaires de même rang.
  Si toutes les personnes mentionnées sont bénéficiaires de même rang, écrivez clairement la part attribuée à chacune en pourcentage ou en part du capital total. L'avantage de désigner plusieurs bénéficiaires successifs permet d'éviter en cas de prédécès d'un bénéficiaire désigné à titre unique, l'entrée du capital dans la succession et sa soumission aux droits de mutation.

Quelques recommandations pour la rédaction de votre clause

Identifiez le plus précisément possible le ou les bénéficiaires désignés (nom, prénom, date et lieu de naissance). Si vous souhaitez désigner :

- votre **conjoint**, il est préférable de ne pas mentionner son nom car dans l'hypothèse d'un remariage après divorce ou du prédécès du conjoint initialement désigné, cela exclurait le conjoint en titre au moment de votre décès ; mieux vaut retenir la formule suivante : "mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement" comme indiqué dans la désignation type.
- votre **partenaire de PACS**, il est préférable de ne pas mentionner son nom car dans l'hypothèse d'un changement de situation de famille, cela exclurait le partenaire ou le conjoint en titre au moment de votre décès ; mieux vaut retenir la formule suivante : "mon partenaire de PACS survivant tel que défini à la notice d'information.
- votre **concubin**, il est préférable de ne pas mentionner son nom car dans l'hypothèse d'un changement de situation de famille, cela exclurait le concubin ou le partenaire ou le conjoint en titre au moment de votre décès ; mieux vaut retenir la formule suivante : "mon concubin survivant tel que défini à la notice d'information.
- vos **enfants**, il est conseillé de retenir la formule suivante : "Par parts égales, mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession". La mention "représentés" indique qu'en cas de décès d'un enfant avant l'assuré, ce sont ses descendants (petits-enfants de l'assuré) qui deviendraient bénéficiaires à sa place.
- vos **parents**, nous vous suggérons la formulation suivante "Par parts égales, mon père et ma mère, à défaut de l'un d'eux sa part revenant au survivant",
- **l'un des deux parents par priorité par rapport à l'autre** , il convient de retenir "Mon père, à défaut ma mère" (ou inversement).

TOUTE DESIGNATION OU CHANGEMENT DE BENEFICIAIRE NON PORTE A LA CONNAISSANCE DE L'ASSUREUR LUI EST INOPPOSABLE

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : Quatrem

Produit : ATOUT + INDIVIDUEL

Ce document d'information non contractuel présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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 des garanties.

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

ATOUT + Individuel est un contrat d'assurance à adhésion individuelle ayant pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française.

Le contrat complémentaire respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables. Il peut être complété le cas échéant par un contrat surcomplémentaire et/ou un contrat optionnel « décès accidentel ».

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent dépasser les dépenses réellement engagées. Ces informations figurent dans le tableau des garanties joint en annexe de la proposition d'assurance. Les garanties précédées d'une coche verte sont prévues dans toutes les formules.

Garanties incluses dans toutes les formules

Hospitalisation et maternité

- ✓ Honoraires des chirurgiens et anesthésistes
- ✓ Forfait journalier hospitalier
- ✓ Frais de séjour
- ✓ Frais annexes : téléphone, télévision et internet sur présentation d'une facture.

Médecine de ville

- ✓ Consultations de généralistes et de spécialistes, visites, actes techniques médicaux, imagerie médicale
- ✓ Actes auxiliaires médicaux, analyses
- ✓ Transport du malade
- ✓ Hospitalisation à domicile
- ✓ Médecine additionnelle et de prévention
- ✓ Pharmacie (vaccins et homéopathie inclus)

Optique

- ✓ Lunettes (Verres et montures)
- ✓ Lentilles prescrites (remboursées ou non)

Dentaire

- ✓ Soins dentaires
- ✓ Prothèses dentaires et orthodontie

Appareillage auditif et autres prothèses

- ✓ Appareil auditif
- ✓ Accessoires et fournitures
- ✓ Appareillage et prothèses médicales (hors auditif et optique)

Cure thermale

- ✓ Soins

Services :

Assistance à domicile
Téléconsultation
2ème avis médical
Réseau de soins Kalixia

La formule choisie peut être complétée par un contrat surcomplémentaire renforçant le montant des remboursements pris en charge par le contrat complémentaire .

Il est possible de souscrire au contrat optionnel « décès accidentel » prévoyant le versement d'un capital en cas de décès de l'assuré sous réserve que le décès survienne dans les 12 mois qui suivent cet accident.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet du contrat.
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation du contrat ou la date de cessation des garanties.
- ✗ En cas de cure thermale, les frais annexes et médicaux tels que : téléphone, forfait internet, télévision, boissons.
- ✗ Les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé.
- ✗ La participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur.
- ✗ Les actes référencés ou non par le régime obligatoire et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire aux conditions particulières.

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

Principales restrictions relatives au contrat responsable :

- ! **Participation forfaitaire de 1 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! **Franchise de 2 €** sur les transports sanitaires.
- ! **Franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).
- ! **Honoraires médicaux :** Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans suivant la dernière facturation (tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue ou tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage).
- ! **Dentaire :** Prise en charge dans la limite des honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes pour les paniers dits « 100 % Santé » et « Tarifs maîtrisés / modérés ».
- ! **Aide auditive** : Prise en charge d'un équipement auditif tous les quatre ans suivant la date de facturation. Prise en charge d'un équipement dans la limite des prix limites de vent qui s'imposent aux audioprothésistes pour les équipements de Classe I et de 1 700 € pour les équipements de Classe II.

Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **Médecines additionnelles et de prévention :** Forfait limité par an et par bénéficiaire, incluant les spécialités suivantes : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, étiopathe, psychologue, podologue, pédicure, naturopathe, microkinésithérapeute et toutes spécialités si médecins diplômés selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur et inscrits au registre officiel de leur profession - ex : ADELI, RNE)
- ! **Limitation des prestations :** liste de vaccins non remboursés par la Sécurité sociale pris en charge au titre du contrat. Les prestations sont limitées au titre du bilan de santé.

MFGP0072 GPOAVDEDA 558 16/17

Où suis-je couvert(e) ?

✓ En France Métropolitaine

✓ Au sein de l'Union Européenne, lorsque les soins ont donné lieu à un remboursement préalable de la part de la Sécurité sociale française.

! Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pas pris en charge par l'assureur sauf lorsqu'ils ont dû être exécutés en cas d'urgence et au cours d'une villégiature, sous réserve que le régime obligatoire soit intervenu selon la codification qu'il a appliqué.

Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

À la souscription du contrat

Remplir avec exactitude et signer la demande de souscription. Un exemplaire des conditions particulières sera signé électroniquement dans le cadre d'une souscription dématérialisée, ou retourné signé à l'assureur ou son représentant dans le cadre d'une souscription par courrier.

Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.

En cours de contrat

Communiquer à l'assureur toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexactes ou caduques les déclarations faites à l'assureur, notamment le changement de domicile.
Régler les cotisations à l'assureur.

Pour le versement des prestations

Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.

Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable à terme d'avance par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement, selon l'échéance choisie par l'assuré sur la proposition de souscription. Elle est exigible dans les 10 jours de son échéance selon la périodicité de paiement choisie par l'assuré : mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle.

Le payeur de cotisation est le seul responsable de son paiement à l'égard de l'assureur.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début du contrat

Le contrat prend effet à la date mentionnée aux conditions particulières sous réserve de la transmission des pièces justificatives.

Droit de renonciation

Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, en cas de vente à distance, et conformément à l'article L112-9 du code des assurances, en cas de démarchage à domicile et l'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à courir à compter du jour de la signature des conditions particulières.

Fin du contrat

Le contrat est souscrit à l'origine pour une période d'une année à compter de la date mentionnée aux conditions particulières.
Elle se renouvelle par tacite reconduction à la date d'anniversaire du contrat pour une durée d'un an.
Le contrat prend fin pour l'assuré :

- En cas de non-paiement de la cotisation ;
- A la date à laquelle il ne remplit plus les conditions de souscription au contrat ;
- Au jour de son décès,
- A la date de résiliation conformément aux modalités prévues à la rubrique « Comment puis-je résilier le contrat ? ».

Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré peut résilier le contrat DEUX (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi). La notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix de l'assuré, soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur, soit par acte extrajudiciaire, soit par le même mode de communication lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, soit par tout autre moyen prévu au contrat.
L'organisme assureur devra confirmer par écrit la réception de la notification.
L'assuré dans le cadre d'un contrat individuel à adhésion facultative a le droit de dénoncer l'affiliation, après expiration d'un délai d'un an, ou résilier le contrat sans frais ni pénalités. La résiliation du contrat prend effet à défaut d'accord des parties à la fin du moins suivant la réception par l'organisme assureur de la notification de l'assuré.

Coordonnées utiles pour résilier le contrat :

MALAKOFF HUMANIS TSA 19999 – 92206 NEUILLY SUR SEINE Cedex

QUATREM SA au capital de 510 426 261 € Entreprise régie par le code des assurances

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

412 367 724 RCS Paris

Société du groupe Malakoff Humanis

AUXIA ASSISTANCE SA au capital de 1 780 000 € Entreprise régie par le code des assurances

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

351 733 761 RCS Paris

MFGP0072 GPOAVDEDA 558 17/17