

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Concepteurs :

Groupe Solly Azar SAS, Société de courtage d'assurances n° 353 508 955 RCS Paris

Compagnies d'assurances : L'EQUITE n° 572 084 697 RCS Paris

Fragonard Assurances (garanties d'assistance) N°479 065 351 RCS Paris

Produit : Santé TNS

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques.

Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit « Santé Séniors » sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit « Santé TNS » est un contrat individuel d'assurance complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, cette assurance prend en charge tout ou partie des frais de santé laissés à la charge de l'assuré après l'intervention de son Régime Obligatoire (RO) d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit « Santé TNS » est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré. Il est également « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est possible de souscrire à une sur-complémentaire, cependant, cette adhésion sera « non responsable », certains plafonds fixés par la législation n'étant plus respectés.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule choisie et par conséquent une somme peut rester à votre charge.

Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, honoraires, forfait journalier, chambre particulière, frais d'accompagnant, frais de transport, frais de télévision et/ou Wifi.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médecins (généralistes, spécialistes), radiologie, imagerie, échographie, actes techniques et de spécialités, auxiliaires médicaux et laboratoire, soins effectués à l'étranger, pharmacie remboursée par le RO, pharmacie prescrite non remboursée par le RO.
- ✓ **Frais Optique** : lunettes (monture + verres), lentilles remboursées ou non par le RO.
- ✓ **Frais Dentaire** : soins dentaires, inlays-onlays, parodontologie, prothèses dentaires, implantologie, inlay core et orthodontie remboursés par le RO, prothèses dentaires non remboursées par le RO.
- ✓ **Autres prothèses et Appareillages** : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage, prothèses auditives, entretien de l'appareillage.
- ✓ **Prévention et Bien être** : médecines douces, vaccins non remboursés par le RO.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

Forfait coup dur
Chirurgie réfractive
Orthodontie non remboursée par le RO
Prévention des risques cardiovasculaires

ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère et aide familiale, garde d'animaux de compagnie, livraison de médicaments à domicile.
- ✓ Aide à l'aidant (mise en relation)



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale ;
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Le Forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge dans les unités de soins de longue durée (USLD)

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : les frais de télévision et/ou Wifi sont limités à 90 jours par an en SSR, et à 30 jours en psychiatrie
- ! **La chambre particulière et les frais d'accompagnement** sont limités à 90 jours par an en SSR, et à 30 jours en psychiatrie
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Réf IPID Santé TNS - EQC076ANIR – 07/2018

GRUPE SOLLY AZAR SAS société de courtage d'assurances au capital de 200 000 € RCS PARIS 353 508 955 - N° Orias 07 008 500 (www.orias.fr) siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 Paris cedex 09 et L'EQUITE - SA au capital de 26 469 320 Euros - RCS PARIS 572 084 697 - Siège social : 2 rue Pillet-Will – 75 009 Paris Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre Italien des groupes d'assurances sous le numéro 026



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine uniquement (sauf cas décrit ci-dessous) ;
- ✓ Les garanties s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou séjours, si le RO français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est alors effectué en France et en Euros dans la limite prévue par la garantie « Soins effectués à l'étranger » du poste de soins.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur ;
- fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- régler la cotisation (ou la fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de vie du contrat :

- informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les 30 (trente) jours qui suivent leur connaissance :
- Changement de situation : changement d'adresse, modification de la structure familiale (naissance, mariage, décès), cessation ou changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie.
- Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et/ de la cotisation.

En cas de sinistre :

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel ; Semestriel ; Trimestriel)
Les paiements peuvent être effectués par carte bleue ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un droit de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou, si elle est postérieure, à compter de la date de réception de la documentation contractuelle.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale.

La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quel qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date ;
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.