

Assurance COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie: Abeille IARD & Santé

S.A. au capital de 245 068 607, 88 € - Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly - 92270 Bois-Colombes - 306 522 665 R.C.S. Nanterre

Produit: Santhia Famille



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. 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 garantie.

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

Le produit d'assurance complémentaire santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Depuis le 1^{er} janvier 2020, la réforme 100% Santé permet le remboursement intégral de certains soins. Le produit d'assurance respecte les conditions légales des contrats responsables.



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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires et soins, frais de séjours, forfait journalier hospitalier, hospitalisation à domicile
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, actes d'auxiliaires médicaux, consultations psychologues, analyses, transport du malade, matériel médical
- ✓ **Aides auditives** : appareillage auditif
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres)
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles)
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par le régime obligatoire
- ✓ **Cure thermale** : soins remboursés par le régime obligatoire

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Hospitalisation et maternité : Chambre particulière, lit accompagnant, frais annexes (TV, téléphone, Wifi, ...)

Optique : Lentilles de contact, chirurgie laser de l'œil

Dentaire : Prothèses dentaires non remboursée par le régime obligatoire (Parodontologie, implantologie, orthodontie)

Forfait naissance et adoption

Forfait frais d'obsèques

Médecine douce : ostéopathie, étiopathie, chiropraxie, podologie, ... (liste non exhaustive)

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens partenaires)
- ✓ Espace client web

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti.

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer aux conditions générales.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! 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 facturé par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Hospitalisation : en cas de séjours en centre, service ou établissement psychiatrique dans les 6 mois qui suivent la date d'effet du contrat, le remboursement de la chambre particulière n'est pas pris en charge. Au-delà de ce délai d'attente, le remboursement de la chambre particulière est limité à 90 jours par année d'assurance par bénéficiaire.
- ! Optique : la prise en charge de l'Optique est limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue ou pour un enfant de moins de 18 ans ou de moins de 16 ans.
- ! Aide auditive : la prise en charge de l'Aide auditive est limitée à un équipement par période de 4 ans.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer aux conditions générales.



Où suis-je couvert(e)?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations?

Sous peine de nullité du contrat, de non-garantie ou de suspension de garantie

• A la souscription du contrat

- Répondre exactement aux questions posées par l'Assureur.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- 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,
- 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 régime d'assurance maladie obligatoire,
- Informé l'assureur des événements suivants dans les quinze jours qui suivent la connaissance que le souscripteur en a :
 - **Changement de situation** : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - **Changement de profession** : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.
- Régler les cotisations (ou fractions de cotisations) prévues au contrat.

• En cas de sinistre

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime d'assurance maladie obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat, au siège de l'assureur ou de son représentant dans les dix jours à compter de l'échéance.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel ou Mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire, chèque, virement 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 aux conditions particulières. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat?

- À la première échéance principale en respectant un préavis de 2 mois,
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription en respectant un préavis d'un mois,
- en cas de modification de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle vous aurez eu connaissance de cette modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.

La résiliation est possible dans les cas, conditions et formes prévus par la loi et par les Conditions Générales du contrat. Elle peut notamment nous être notifiée par courriel, lettre simple, lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé au Siège social d'Abeille IARD & Santé ou à l'agence dont dépend le contrat..