

# Assurance Complémentaire Santé collective et facultative



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Allianz Vie - Entreprise d'assurance immatriculée en France

Numéro d'agrément : 340234962

Produit : Santé TNS

Par l'intermédiaire de : CIPRÉS Assurances

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 pré contractuelle et contractuelle.



## 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.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations varient en fonction du niveau de garanties choisi par l'adhérent à l'adhésion. Ils ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés.

Les remboursements se feront en complément de ceux effectués par le régime de base au titre des prestations en nature de l'Assurance maladie française parmi les postes suivants :

- ✓ Hospitalisation (séjours, chambre particulière, forfait journalier...).
- ✓ Soins courants (consultations généralistes ou spécialistes, analyses, radiologie, pharmacie).
- ✓ Médecine douce (ostéopathe).
- ✓ Dentaire.
- ✓ Prothèses et appareillages.
- ✓ Optique.
- ✓ Transport.
- ✓ Maternité.
- ✓ Cure thermale.
- ✓ Prévention et autres soins.
- ✓ Services (Assistance, Réseau de soins).

Le niveau de garanties retenu est indiqué au Certificat d'Adhésion.

L'adhérent peut souscrire des garanties responsables (éligibles à la fiscalité Madelin) et non responsables. L'adhésion se fait alors par l'intermédiaire de deux Certificats d'Adhésion distincts.

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



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Ne sont pas assurés :

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat, c'est-à-dire avant la date d'effet de l'adhésion et après la date de résiliation.
- ✗ Les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les actes hors nomenclature du régime obligatoire Français, sauf mention contraire au Certificat d'Adhésion.
- ✗ Les traitements esthétiques ou de rajeunissement sauf ceux pris en charge par le régime obligatoire.
- ✗ Participation forfaitaire de 1 euro et les franchises sur les boîtes de médicament, actes paramédicaux et transport.



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

- ! **Hospitalisation** : les frais de chambre particulière exposés par l'assuré dans le cadre d'une hospitalisation ne sont pas pris en charge en cas d'hospitalisation en ambulatoire (moins de 24 heures).
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Maternité** : les dépassements d'honoraires en cas d'accouchement par voie basse.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'appliquent pour les soins ou traitements pratiqués en France métropolitaine et à la Réunion.
- ✓ Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pas pris en charge par l'assureur sauf lorsqu'ils ont dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence au cours d'un séjour ou voyage de moins de 3 mois consécutifs en quelque pays que ce soit. En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où le régime obligatoire a lui-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'il a appliquée.
- ✓ Les garanties du contrat s'appliquent aux assurés qui travaillent en France mais résident dans un pays frontalier à la France, affiliés au régime obligatoire, pour les soins pratiqués dans leur pays de résidence. Ces soins sont alors pris en charge sur la base des barèmes qui ont servis de base au remboursement du régime obligatoire français.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie :

L'assuré doit pouvoir fournir sur demande du gestionnaire à chaque renouvellement de son adhésion (1<sup>er</sup> janvier), un justificatif d'affiliation au régime légal obligatoire auquel il est affilié et du paiement des cotisations correspondantes.

L'adhérent s'engage à :

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Informer dans un délai de dix jours par lettre recommandée avec accusé réception, l'assureur via le souscripteur ou le gestionnaire, dès que l'entreprise payeur de cotisations se trouve en redressement judiciaire ou en liquidation judiciaire sans redressement préalable, en lui communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire ; ce qui est accepté par l'adhérent.

### En cas de sinistre :

La demande de remboursement doit parvenir à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité sociale.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations et les frais sont payables mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique, conformément au choix retenu sur le certificat d'adhésion.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée au Certificat d'Adhésion sous réserve du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.

Elle est renouvelable au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'adhérent ou l'assureur, ou résiliation du contrat.

L'adhésion cesse à l'égard de l'adhérent notamment en cas de survenance des événements suivants (liste non exhaustive se référer aux conditions générales) à la date d'effet de la désaffiliation volontaire du régime obligatoire. Les cotisations éventuellement versées d'avance restent acquises à l'assureur, à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'assuré n'est plus adhérent à l'association souscriptrice.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Pour être recevable, la résiliation de l'adhésion doit être notifiée par lettre recommandée au moins 2 mois, soit le 31 octobre, avant la date de renouvellement à l'adresse suivante : CIPRÉS Assurances, 37 rue Anatole France, 92300 LEVALLOIS-PERRET

En cas de majoration des cotisations, l'adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour résilier son adhésion à compter de la réception de l'information.

La résiliation des garanties responsables entraînera automatiquement la résiliation du certificat d'adhésion regroupant les garanties santé non responsables éventuellement souscrites par l'adhérent.

