

# Assurance Complémentaire santé individuelle



Document d'information sur le produit d'assurance

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

**Numéro d'agrément :** 340234962

**Produit :** TNS Groupements

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.



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

Le produit TNS Groupements est destiné à rembourser les frais de santé restant à la charge des personnes physiques membres de l'Association de Prévoyance Santé (ADPS) qui relèvent de la catégorie de Travailleurs Non-Salariés et de leurs éventuels ayants droit après intervention de la Sécurité sociale.

La cotisation peut ouvrir droit à déduction fiscale au titre de la loi Madelin (article 154 bis du Code général des impôts).



### 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 la charge de l'assuré.

#### Les garanties systématiquement prévues :

Remboursement total ou partiel, selon les cas, des dépenses de santé consécutives à une maladie, un accident ou une maternité, en complément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie :

- ✓ Hospitalisation (par exemple : frais liés aux séjours).
- ✓ Pharmacie.
- ✓ Soins courants (par exemple : consultations et auxiliaires médicaux, frais de transport, appareillages et vaccins).
- ✓ Optique (par exemple : monture, verres simples ou complexes).
- ✓ Dentaire (par exemple : soins dentaires, prothèses).
- ✓ Auditif (par exemple : prothèses).
- ✓ Forfaits Natalité.
- ✓ Forfaits chambres particulières.
- ✓ Les Médecines douces (diététiciens, ostéopathes,...).
- ✓ Les cures thermales (prise en charge des frais de transport, d'hébergement, de soins).
- ✓ Les Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale.

#### Assistance :

Aide-ménagère en cas d'hospitalisation.

Rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident à l'étranger.

Mise en relation avec des prestataires de Services à la personne.

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



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet de la souscription.
- ✗ La participation forfaitaire de 1 euro 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.
- ✗ Les dépenses de soins des établissements ou service aux personnes âgées qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



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

- ! **Hospitalisation :** dans les établissements de soins de longue durée faisant suite à une hospitalisation et dans ceux ne relevant pas de la Loi hospitalière, comme les EHPAD ou les résidences autonomie, le remboursement des frais est limité en fonction du niveau choisi.
- ! **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.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'exercent en France métropolitaine, en Corse et dans les DOM.
- ✓ Les frais exposés à l'étranger sont pris en charge comme s'ils avaient été dispensés en France métropolitaine. Leur prise en charge se fait, dans la limite des garanties correspondantes mentionnées dans les Dispositions particulières, de la façon suivante :
  - Pour les soins habituellement remboursés par la Sécurité sociale, si et seulement si la Sécurité sociale continue de les prendre en charge pendant le séjour de l'assuré,
  - Les soins courants non pris en charge habituellement par le régime obligatoire français (ex : implants, médecines douces...) sont systématiquement pris en charge, selon les garanties du contrat et sur présentation des factures exprimées en euros et rédigées en français.



## Quelles sont mes obligations ?

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

- Informer l'assureur de toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux, notamment :
  - Changements dans sa 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,
  - Cesser son activité ou faire valoir ses droits à la retraite,
  - Bénéfice d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif,
  - Effectuer un séjour à l'étranger de plus d'un mois.

Les déclarations de l'assuré doivent parvenir à l'assureur, par lettre recommandée, dans les trente jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements.

#### 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 ?

La cotisation est exigible annuellement et payable par chèque ou prélèvement bancaire à la date d'échéance indiquée dans le Certificat d'adhésion.

Son paiement est trimestriel, à terme échu.



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

Les garanties prennent effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'assuré ou l'assureur dans les cas et conditions fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Assuré peut mettre fin à son contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat, en adressant une lettre recommandée à l'assureur ou à son représentant au moins deux mois avant cette date,
- En cas de modification de sa situation personnelle ou professionnelle dans les conditions fixées au contrat,
- En cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire,
- En cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur à la suite d'une aggravation du risque liée à une des circonstances nouvelles prévues dans la notice d'information et indépendante de son état de santé.



## Annexe - Tableau des garanties

Les montants figurant dans le tableau s'entendent :

- pour les garanties exprimées en fonction des frais réels : sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale,
- pour les autres garanties : hors remboursement de la Sécurité sociale.

NATURE DES GARANTIES	BASE	OPTION1	OPTION2
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale acceptée par la Sécurité sociale</b>			
Frais de séjour – Etablissement conventionné	150 % BR	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Frais de séjour – Etablissement non conventionné	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Honoraires OPTAM – Etablissement conventionné	150 % BR	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Honoraires OPTAM – Etablissement non conventionné	150 % BR	150 % BR dans la limite de 90 % Frais réels	150 % BR dans la limite de 90 % Frais réels
Honoraires NON OPTAM – Etablissement conventionné	100 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Honoraires NON OPTAM – Etablissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Chambre particulière (y compris maternité et séjours divers), par jour	1,5 % PMSS	2,5 % PMSS	2,5 % PMSS
Lit accompagnant enfant hospitalisé, par jour	1 % PMSS	2 % PMSS	2 % PMSS
<b>Actes médicaux courants acceptés par la Sécurité sociale</b>			
Consultations / visites spécialistes, généralistes, professeurs OPTAM	80 % BR	100 % BR	400 % BR
Consultations / visites spécialistes, généralistes, professeurs NON OPTAM	60 % BR	80 % BR	TM + 100 % BR
Auxiliaires médicaux	80 % BR	100 % BR	400 % BR
Actes techniques OPTAM	80 % BR	100 % BR	400 % BR
Actes techniques NON OPTAM	60 % BR	80 % BR	TM + 100 % BR
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Analyses	80 % BR	100 % BR	400 % BR
Radiologie OPTAM	80 % BR	100 % BR	400 % BR
Radiologie NON OPTAM	60 % BR	80 % BR	TM + 100 % BR
Transport médical accepté par la Sécurité sociale	80 % BR	80 % BR	80 % BR
<b>Dentaire</b>			
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale	TM	100 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale figurant dans la nomenclature	200 % BR	80 % des frais réels avec un minimum de 200 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale figurant dans la nomenclature	5 % PMSS par an avec un minimum de 107,5 € par acte	5 % PMSS par an avec un minimum de 107,5 € par acte	5 % PMSS par an avec un minimum de 107,5 € par acte
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100 % BR	300 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	200 € par an avec un minimum de 50 % BR reconstituée sur un TO90	300 % BR reconstituée sur un TO90	300 % BR reconstituée sur un TO90
Implants et piliers, par an	–	1000 €	1500 €
<b>Orthopédie-Prothèses médicales (hors dentaire)</b>			
Prothèses auditives	200 % BR	200 % BR	400 % BR
Autres prothèses médicales	100 % BR	300 % BR	400 % BR
<b>Optique</b>			
Verre simple enfant (-18 ans), par verre	79,25 €	108 €	155 €
Verre complexe ou très complexe enfant (-18 ans), par verre	110,95 €	130 €	200 €
Verre adulte simple, par verre	79,25 € avec, pour les adultes, un minimum de 1000 % BR	108 € avec, pour les adultes, un minimum de 1000 % BR	155 € avec, pour les adultes, un minimum de 1000 % BR
Verre adulte complexe ou très complexe, par verre	110,95 € avec, pour les adultes, un minimum de 1000 % BR	130 € avec, pour les adultes, un minimum de 1000 % BR	200 € avec, pour les adultes, un minimum de 1000 % BR
Monture	133 €	133 €	150 €
Lentilles correctrices remboursée ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables) par an et par bénéficiaire	5 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS
Chirurgie correctrice de l'œil, par an et par œil	5 % PMSS	300 €	300 €



NATURE DES GARANTIES	BASE	OPTION1	OPTION2
<b>Forfaits divers et prévention</b>			
Ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes, psychologues reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes, pharmacie et vaccins prescrits non remboursés, substituts nicotiniques remboursés par la sécurité sociale, pédicure-podologie, par an et par bénéficiaire	100 €	120 €	130 €
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale, par cure	TM	17 % PMSS	25 % PMSS
Maternité : frais de grossesse et d'accouchement non remboursé et frais d'adoption	100 % des frais réels dans la limite de 8 % PMSS	250 € + complément à 100 % des frais réels dans la limite de 10 % PMSS	250 € + complément à 100 % des frais réels dans la limite de 18 % PMSS

- FR = Frais Réels ; BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale ; TM = Ticket Modérateur ; PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

- OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

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

- 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.

- 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.

