

Assurance complémentaire santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AXA FRANCE VIE S.A. – RCS Nanterre 310 499 959. Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances Inter Partner Assistance SA, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique, prise au travers de sa succursale française (SIREN : 415 591 055/Matricule BNB : 0487).

Produit : Direct Assurance Santé

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat d'assurance Direct Assurance Santé. 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 les tableaux de garanties.

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

Le produit Direct Assurance Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge des bénéficiaires du contrat en cas d'accident, de maladie ou de maternité et à mettre à disposition de ceux-ci des prestations d'assistance santé. Il intervient en complément des remboursements de la Sécurité sociale française mais couvre également des garanties non prises en charge par cette dernière. Le contrat est souscrit par l'ACBS pour le compte de ses assurés. Il est composé d'un contrat collectif à adhésion facultative respectant les conditions légales des contrats responsables et est éligible au dispositif Madelin et d'un second contrat d'assurance collective qui propose des prestations d'assistance santé.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie souscrit, et figurent dans les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées par l'assuré et une somme peut rester à sa charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, hospitalisation à domicile et frais de transport
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, imagerie médicale, médicaments à service médical rendu élevé ou modéré (remboursés à 65 % et 30 % par la Sécurité sociale) et matériel médical pris en charge par la Sécurité sociale, téléconsultation médicale
- ✓ **Optique** : Lunettes et lentilles de contact prescrites prises en charge ou non par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Aides auditives** : Audioprothèses et prothèses remboursées
- ✓ **Prévention** : Vaccins prescrits remboursés par la Sécurité sociale, sevrage tabagique et détartrage annuel
- ✓ **Assistance** : Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du Domicile, recherche d'une place en milieu hospitalier, garde des enfants ou petits-enfants, garde des animaux domestiques, présence d'un proche à votre chevet, aide-ménagère à domicile, garde malade

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Hospitalisation et maternité : Chambre particulière, lit d'accompagnement et forfait naissance

Soins courants : Médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15 % par la Sécurité sociale), moyens de contraception féminin prescrits, homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale

Optique : Opérations de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie et de la presbytie par laser non remboursées par la Sécurité sociale

Dentaire : Implants, prothèses, parodontologie et orthopédie dento-faciale non pris en charge par la Sécurité sociale

Médecine douce : Les actes d'ostéopathie, acupuncture, homéopathie, chiropraxie, psychomotricité, psychologie, ergothérapie, diététique, podologie non remboursés par la Sécurité sociale

Prévention : Vaccins prescrits et radiologie non pris en charge par la Sécurité sociale

Cures thermales : Frais médicaux, de séjour et de transport

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :

Assistant personnel de santé (Angel) (information générale et orientation)

Les garanties précédées d'une ✓ 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 versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les séjours et frais relatifs aux établissements sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), de long séjour et pour personnes âgées
- ✗ L'organisation par l'assuré ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues au contrat sans l'accord préalable de l'assureur.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! Les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! Hospitalisation :

- **Frais d'hospitalisation** : limités au ticket modérateur les 3 premiers mois d'assurance, sauf en cas d'accident ou de reprise du contrat à la concurrence

- **Chambre particulière** : limitée à 30 jours par année d'assurance en moyen séjour

- **Lit d'accompagnement** : limité à 30 jours en hospitalisation par an et par bénéficiaire

- **Frais de chirurgie esthétique** (à l'hôpital ou en cabinet) : limité au ticket modérateur, sauf si elle est consécutive à un accident ou aux conséquences d'une pathologie documentée

- **Soins de suite ou de réadaptation** : Limités à 30 jours puis au ticket modérateur pour les séjours pris en charge et consécutifs à une hospitalisation et pour les frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale

! **Soins courants** : Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie limitée au ticket modérateur à partir de la 7^e consultation

! **Optique** : Lunettes limitées en nombre de paires par période et par bénéficiaire

! **Dentaire** : Implants limités en nombre d'actes par an et par bénéficiaire. Détartrage annuel limité à 2 séances maximum

! **Aides auditives** : Limité à 1 équipement tous les 4 ans

! **Médecine douce et prévention** : Limitées à un nombre de séances par année civile et/ou à un forfait en euros selon la formule de garanties choisie

! **Cures thermales** : Non prises en charge au-delà de 70 ans



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 est effectué selon les modalités de prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire français et dans la limite des frais engagés.
- ✓ La garantie d'assistance « Rapatriement » s'exerce dans le Monde entier. Les autres garanties d'assistance s'exercent en France, hors DOM-TOM, Monaco ou Corse.



Quelles sont mes obligations ?

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

À l'adhésion au contrat

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur ou son représentant, dans le formulaire d'adhésion, lui permettant d'apprécier les risques qu'il prend en charge
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur ou son représentant ainsi que la demande d'adhésion complétée et signée
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat
- Remplir les critères d'adhésion et notamment être adhérent de l'Association ACBS, être affilié ainsi que ses ayants droits à l'un des régimes de Sécurité sociale ou assimilé et avoir l'un des statuts tels que précisés à l'article Groupe Assurable de la Notice d'information et être résident fiscal français

En cours de contrat

- Déclarer tout changement concernant les informations nécessaires à la bonne gestion du contrat (coordonnées, numéro de Sécurité sociale, RIB)
- Déclarer dans les 90 jours tout changement modifiant les déclarations faites à l'adhésion. Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de sa cotisation.
- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires au paiement des prestations selon les modalités prévues dans la Notice d'information
- Régler la cotisation indiquée au contrat



Quand et comment effectuer les paiements ?

- La cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement automatique ou chèque, auprès de l'assureur ou de son représentant, à la date indiquée dans le Certificat d'adhésion.
- Le paiement mensuel, trimestriel, semestriel peut également être accordé par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Votre adhésion prend effet à la date indiquée dans le Certificat d'adhésion.
- Vous disposez d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la date de la réception du Certificat d'adhésion.
- 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 fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion :

- Au 31 décembre de l'année en cours sous réserve d'une demande adressée par lettre ou tout autre support durable au moins 2 mois avant la date précitée
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 15 jours suivants la notification à l'adhérent
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une incidence sur le risque garanti, dans un délai de 3 mois suivant la date de survenance de l'événement accompagné d'un justificatif
- À tout moment, à l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la première souscription au contrat, sans frais ni pénalité. La résiliation prend alors effet un mois après notification à l'assureur