

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Allianz IARD – Entreprise d'assurance immatriculée en France

Numéro d'agrément : 542110291

Produit : Police « Allianz Santé Eco »

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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.



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

Le produit Allianz Santé Eco est destiné à rembourser les frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires après intervention de la Sécurité sociale française. Ce contrat propose également des services. Le produit ne respecte pas les conditions du Cahier des charges des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est 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).
- ✓ Optique (par exemple : monture, verres simples ou complexes).
- ✓ Dentaire (par exemple : soins dentaires, prothèses).
- ✓ Aides auditives (par exemple : prothèses).

Les garanties optionnelles :

La garantie hospitalière (allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation).

La garantie Forfaits Hospi (versement d'une allocation forfaitaire selon la nature d'une hospitalisation).

Les services associés systématiquement prévus :

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les partenaires Santéclair).
- ✓ Service d'analyse de devis.
- ✓ Guide d'informations hospitalières.
- ✓ Guide de l'automédication.

Les garanties et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet de l'adhésion.
- ✗ Les dépenses de soins liées aux séjours effectués dans les établissements :
 - Ne relevant pas de la Loi Hospitalière tels qu'identifiés au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux,
 - Relevant de la Loi Hospitalière et faisant partie des catégories d'établissements dénommés au Fichier National des Établissements Sanitaires comme suit : établissements de soins de longue durée, centre médico-pédagogique, atelier thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, service médico-psychologique régional, centre postcures pour alcooliques,
 - Les dépenses de soins liées aux cures, à l'exception des cures thermales.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



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

Principales exclusions :

- ! 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'honoraire si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'exercent en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe et à La Réunion.
- ✓ En dehors de ces territoires :
Pour les soins habituellement remboursés par la Sécurité sociale française, il faut que celle-ci continue de les prendre en charge pendant le séjour.



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 :

Informez 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,
- demandes de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers,
- bénéfice d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif.

Les déclarations de l'assuré doivent parvenir à l'assureur, par lettre recommandée, dans les quinze 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 ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat, auprès 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 (mensuel, trimestriel ou semestriel).

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion.

Il 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'assuré ou l'assureur dans les cas et conditions fixées au contrat.

Lorsque l'assuré quitte la France métropolitaine, la Martinique, la Guadeloupe ou La Réunion pour une période supérieure à un an, le contrat prend fin dès qu'il ne bénéficie plus de la Sécurité sociale française.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré peut mettre fin à son contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant une lettre recommandée, une lettre simple ou un e-mail à l'assureur ou à son représentant au moins deux mois avant cette date,
- à tout moment par lettre recommandée, lettre simple, e-mail, à l'expiration d'un délai de 1 an, à compter de la première adhésion. La résiliation prend effet 1 mois après que l'assureur en ait reçu notification.
- en cas de modification de sa situation personnelle ou professionnelle,
- 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, indépendante de son état de santé.



HOSPITALISATION		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Honoraires		
Participation forfaitaire		Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM	100%
	Médecins non DPTAM	100%
Séjours en médecine, chirurgie, psychiatrie, hospitalisation à domicile, maternité, soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés (établissements conventionnés et non conventionnés)		
Frais de séjour		100%
Chambre particulière (par jour) y compris en ambulatoire		-
Frais de transport		100%
Actes de chirurgie en cabinet médical	Médecins DPTAM	100%
	Médecins non DPTAM	100%
Frais d'accompagnant (dans la limite de 20 jours par hospitalisation)		-
Frais annexes (TV/Téléphone/Wifi) dans la limite de 20 jours par hospitalisation		-
SOINS COURANTS		
Honoraires paramédicaux		100%
Honoraires médicaux		
Consultations et visites de généralistes, spécialistes	Médecins DPTAM	100%
	Médecins non DPTAM	100%
Radiologie, imagerie, échographie, actes techniques médicaux	Médecins DPTAM	100%
	Médecins non DPTAM	100%
Analyses et examens de laboratoire		100%
Médicaments		
Médicaments et actes remboursés à 65%		100%
Médicaments et actes remboursés à 30% ou 15%		-
Vaccins prescrits		100%
Matériel médical (hors optique et auditif)		
Petits et grands appareillages		100%
Prothèse capillaire		100%
Frais de transport		100%
Cures thermales		100%
Soins non remboursés par la Sécurité sociale (remboursement par année d'assurance)		
Médicaments prescrits		-
Médecines douces (actes d'étiopathe, diététicien, acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, psychologue, homéopathe, ergothérapeute, kinésithérapie, cryothérapie)		-
Examens, analyses, radios prescrits		-
Sports prescrits/Abonnement appli Santé/Objets connectés (bracelet, tensiomètre, glucomètre)		-
Vaccins prescrits		-



OPTIQUE

Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par période de 2 ans (sauf pour les assurés de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour ceux de 16 ans et plus) dont plafond de remboursement pour la monture à 100 €

Equipements 100% santé		
Verres de classe A		100%
Monture de classe A		
Equipements de classe B		
- Monture		100%
- Verre de « correction simple »		100%
- Verre de « correction complexe ou très complexe »		100%
Lentilles (acceptées ou refusées par la SS)		100%
Prestation d'adaptation		100%
Chirurgie réfractive pour correction de la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et implant pour la cataracte : versement d'un forfait par œil		-

AIDES AUDITIVES

Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par oreille par période de 4 ans

Equipements 100% santé (classe I)		
Prothèses de classe II		100%
Piles		100%

DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé		
Soins		100%
Prothèses		100%
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale		
Traitement par semestre		100%
Contention : remboursement maximum par année d'assurance		100%
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale (remboursement maximum par année d'assurance)		
Implant, Parodontie, Orthodontie et autres prothèses dentaires		-

AUTRES PRESTATIONS

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100%
---	--	------

PRÉVENTIONS ET SERVICES

Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale		Inclus
Santéclair		Inclus
Allianz assistance		-

