

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ INDIVIDUELLE

Document d'information sur le produit d'assurance

BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61.996.212 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris.
Identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNQ (BPCE – SIRET 493 455 042).

PRODUIT GARANTIES SANTÉ

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et 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 garanties.

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. Le produit 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.

Garanties systématiquement prévues

- ✓ Soins courants et médicaments : honoraires (médicaux et paramédicaux), radiologie, analyses et examens de laboratoire, honoraires de psychologue pris en charge par le Régime Obligatoire, médicaments PH7 et PH4, matériel médical (appareillages y compris dispositifs du panier "100% Santé"), frais de transport.
- ✓ Hospitalisation : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, forfait actes lourds, frais de transport.
- ✓ Optique : lunettes (verres et montures y compris verres et montures du panier "100% Santé"), lentilles.
- ✓ Dentaire : soins, prothèses (y compris soins et prothèses du panier "100% Santé"), tout type d'inlay, orthodontie.
- ✓ Aides auditives : audioprothèses (y compris équipements du panier "100% Santé").

Garanties prévues selon la formule souscrite

- Médicaments PH2 et non remboursés dont contraception.
- Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicure.
- Cure thermale prise en charge par le Régime Obligatoire.
- Orthodontie adulte, implant dentaire et parodontologie.
- Chambre particulière, lit d'accompagnant, TV/Internet.
- Lentilles non prises en charge, chirurgie réfractive.
- Forfait de naissance ou d'adoption.

Services d'assistance systématiquement prévus

Les prestations d'assistance sont indépendantes des garanties frais de santé du contrat. Elles sont acquises à l'assuré indépendamment du remboursement des frais de santé, dès lors que l'événement est garanti et que le contrat a pris effet.

- ✓ Assistance à domicile en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue liées à un accident ou une maladie, en cas de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- ✓ Soutien psychologique en cas d'événement traumatisant.
- ✓ Assistance en déplacement en cas de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident corporel, en cas de décès.

Services d'assistance prévus selon le profil de l'assuré (âge et composition familiale) et les formules souscrites

- Aide aux aidants.
- Services maternité.

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



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ La parapharmacie, les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire, les traitements antipaludéens et les traitements d'aide au sevrage tabagique.
- ✗ Les séjours en établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées, centres médico-éducatifs, instituts psychopédagogiques, centres de rééducation professionnelle), les séjours en établissements pour personnes âgées ou dépendantes (USLD, EHPAD, maisons de retraite), les séjours en ateliers thérapeutiques, les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services de longs séjours.
- ✗ Les actes ou interventions chirurgicaux(ales) à caractère esthétique non consécutifs à un accident garanti.
- ✗ Les actes de l'assuré s'ils sont intentionnels, frauduleux ou dolosifs.
- ✗ Les actes réalisés par des professionnels de santé non conventionnés et les séjours dans des établissements non conventionnés.



Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

Les exclusions spécifiques aux garanties sont détaillées dans la notice d'information du contrat.

Les principales exclusions

- ! La participation forfaitaire sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses de laboratoire.
- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La majoration de la participation de l'assuré prévue par la loi en cas de non-respect du parcours de soins.

Les principales restrictions

- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Aides auditives : prise en charge limitée à un équipement par oreille appareillée par période de quatre ans.
- ! Dentaire : un plafond global annuel de remboursement durant les 24 premiers mois d'adhésion s'applique sur les frais de prothèses, tout inlay et implantologie.
- ! Chambre particulière et forfait TV/internet : prise en charge limitée à 90 jours cumulés par an en hospitalisation psychiatrique et pour la version « Côté MASTER ».



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

- ✓ Les garanties d'assurance s'exercent pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine (Corse incluse) et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Elles s'exercent également dans le monde entier, pour des séjours n'excédant pas 90 jours, dès lors qu'il y a une prise en charge par le régime obligatoire français et que ces soins ont été effectués avec la même qualité de soins qu'en France.
- ✓ Les garanties d'assistance aux personnes sont accordées dans le monde entier dès lors que la durée du déplacement à but touristique n'excède pas 3 mois. Sont exclus tous déplacements à but professionnel.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

A la souscription :

- Être domicilié en France métropolitaine (Corse incluse) ;
- Répondre avec exactitude et sincérité à toutes les questions qui vous sont posées ;
- Régler les cotisations aux dates convenues (à la souscription et à chaque renouvellement du contrat).

En cours de contrat :

- Informer l'assureur, pour vous-même et les autres personnes assurées au contrat, de tout changement dans les informations recueillies à la souscription dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance.

En cas de sinistre :

- Nous adresser toute demande de remboursement au plus tard dans les délais fixés au contrat.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- Au moment de la souscription puis à chaque date anniversaire du contrat ;
- Par prélèvement sur un compte bancaire, par chèque ou virement ;
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Date de prise d'effet du contrat : le contrat entre en vigueur à la date précisée sur le certificat d'adhésion (à minuit).

Date de fin de couverture : après une première période d'un an, le contrat est reconduit par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf cas prévus dans la notice d'information, notamment en cas de résiliation.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER MON CONTRAT ?

- Par voie électronique depuis votre espace assuré en ligne, par l'envoi d'une lettre ou tout autre support durable à l'assureur ;
- À chaque échéance annuelle (31 décembre à minuit) ;
- À tout moment en cours d'année sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra alors effet un mois après réception de la demande de résiliation ;
- En cours d'année, en cas de survenance de certains événements, notamment en cas de changement de situation personnelle (changement de domicile ou familial) lorsque celui-ci est en relation directe avec l'objet de la garantie ;
- En cas de révision de la cotisation ou des garanties du contrat selon les dispositions prévues dans la documentation précontractuelle et contractuelle.