

Assurance COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Abeille IARD & Santé

Société anonyme au capital de 344 822 425,00 € - Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly - 92270 Bois-Colombes - 306 522 665 R.C.S. Nanterre

N° d'identifiant unique ADEME FR233835_03TPOZ



Produit : Santhia Jeune

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. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garantie.

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. En application de la législation, le produit d'assurance est qualifié de non-responsable.



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.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : frais de séjours, honoraires et soins, forfait journalier hospitalier
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, actes d'auxiliaires médicaux, consultations psychologues, analyses, appareils auditifs, orthopédie, hospitalisation à domicile
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés à 65% par le régime obligatoire
- ✓ **Autres** : Lunettes (monture et verres), lentilles remboursées par le régime obligatoire, soins dentaires

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

Hospitalisation et maternité : Chambre particulière

Pharmacie : non remboursée par le régime obligatoire

Autres : lentilles de contact non remboursées par le régime obligatoire, prothèses dentaires remboursées ou non par le régime obligatoire, médecine douce

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens partenaires)
- ✓ Espace client web

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation

La liste des services d'assistance n'est pas exhaustive, se référer aux Conditions Générales.

Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer aux Conditions Générales.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transport. La participation forfaitaire et les franchises ainsi que leurs montants sont définis réglementairement.
- ! 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.
- ! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Hospitalisation à l'étranger, le remboursement du séjour et des honoraires sera basé sur le remboursement prévu pour une hospitalisation en France dans un établissement non conventionné. Le remboursement de la chambre particulière, lorsqu'elle est prévue dans la formule souscrite, sera limité à 50% du montant maximum fixé pour une hospitalisation en France dans un établissement conventionné.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer aux conditions générales.



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 se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat, de non-garantie ou de suspension de 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

- Régler les cotisations (ou fractions de cotisations) prévues au contrat,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime d'assurance maladie obligatoire,
- Informez l'assureur des événements suivants dans les quinze jours qui suivent la connaissance que le souscripteur en a :
 - **Changement de 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.

• En cas de sinistre

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime d'assurance maladie obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat, au siège 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 (Semestriel, Trimestriel ou Mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire (via l'espace personnel Abeille Assurances), chèque, virement ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux Conditions Particulières. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

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 fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation est possible dans les cas, conditions et formes prévues par la loi et par les conditions générales du contrat. Elle peut notamment nous être notifiée directement dans votre espace personnel sécurisé (accessible sur www.abeille-assurances.fr ou depuis l'application mobile) ou par courriel, lettre simple, lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé au Siège social d'Abeille IARD & Santé ou à l'agence dont dépend le contrat.

- À la première échéance principale en respectant un préavis de 2 mois,
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription en respectant un préavis d'un mois,
- en cas de modification de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle vous aurez eu connaissance de cette modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.