

Assurance Complémentaire Santé

Document d'informations sur le produit d'assurance

Produit assuré par ACHEEL SA – 128 rue La Boétie – 75008 Paris – SA au capital de 46 812,48 € - RCS 879 605 350 Paris – Entreprise régie par le Code des assurances. Distribué par KIASURE – 27 Place aux huiles - 13001 MARSEILLE – SAS au capital de 20 000 € - RCS de Marseille 825 261 522 – Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n°17 001 652. Entreprise régie par le Code des assurances

Produit : Golden Santé

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 garantie seront détaillés dans la notice d'information.

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

Golden Santé est un produit d'Assurance Complémentaire santé. Il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés parce dernier. Le produit Golden Santé est "responsable" car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également "solidaire" car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'Adhérent. Le produit Golden santé est conforme au dispositif "100% Santé" qui permet à l'Adhérent de bénéficier d'un zéro reste à charge sur les paniers optique, dentaire et aides auditives.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, Forfait journalier Hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Prothèses dentaires, Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A – Panier 100% Santé, Monture et verre (équipement de la classe B), Lentilles de contact remboursées ou non par le RO – Régime Obligatoire.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Imagerie médicale, Analyses et examens de laboratoire.
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments et homéopathie pris en charge par le RO – Régime Obligatoire.
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I – Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.
- ✓ **Prevention et Médecines douces** : Acte de prévention prévus par le contrat responsable et les séances d'ostéopathe, Pédiacre, Podologue, Étio-pathe, Homéopathe, Acupuncteur, Chiropracteur, Mésothérapeute, Reflexologue, Diététicien, Nutritionniste
- ✓ **Cure thermale** : prise en charge par le RO - Régime Obligatoire

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- Médicaments prescrits et non pris en charge
- Forfait petit appareillage
- Hospitalisation : Frais d'accompagnement, Chambre individuelle, Confort hospitalier.
- Optique : Forfait monture et verres, Chirurgie réfractive de l'œil
- Dentaire : Soins et Prothèses dentaires (Hors nomenclature)
- Prothèses auditives : forfait Appareillages et prothèses auditives

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Option A : réduction de cotisation contre une non-prise en charge de la chambre particulière, médicaments prescrits non remboursés
- Option B : réduction de cotisation contre une non-prise en charge de la chambre particulière, médicaments prescrits non remboursés forfait optique, forfait lentilles, chirurgie réfractive, soins dentaires, prothèses dentaires, les soins et prothèses (hors nomenclature), forfait Appareillages et prothèses auditives

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT INCLUS

- ✓ Tiers Payant, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé)
- ✓ Espace client

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT INCLUSE

- ✓ Assistance Mutuaide

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 séjours en cours à la date d'adhésion du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les établissements et services sociaux, les établissements médico-sociaux et médicopédagogiques, dans les établissements ou unités de longs séjours ainsi que dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le Régime obligatoire.
- ✗ Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf cas particuliers prévus à l'adhésion,
- ✗ Les adhérents assurés principaux de moins de 18 ans et de plus de 85 ans à la souscription.
- ✗ Les ayants droit de plus de 85 ans à la souscription.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! Les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits "responsables",
- ! La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- ! Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- ! Les garanties ne s'exercent pas en cas :
 - De guerre civile ou étrangère, d'émeutes ou mouvement populaires,
 - D'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin,
 - Des désintégrations du noyau atomique ou de radiations ionisantes.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Hospitalisation :
 - Sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, la prise en charge est limitée au ticket modérateur et au forfait journalier hospitalier les 30 jours suivant la prise d'effet du contrat
 - Forfait journalier hospitalier : exclus en gériatrie, unités de soins longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées.
 - Chambre Particulière :
 - Limitée à 30 jours par an (hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique) ou 30 jours (séjours en soins de suite consécutifs à une hospitalisation)
 - Exclue en ambulatoire, en gériatrie, unités de soins longue durée et établissement pour personnes âgées, en établissement médicosociaux, établissement ne relevant des soins de suite et réadaptation, les séjours en milieu spécialisé, en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).
 - Lit d'accompagnement : Limité à 15 jours par an
 - Confort hospitalier : Limité à 15 jours par an
- ! Optique : Renouvellement tous les deux ans pour les personnes de plus de 16 ans – Anticipé en cas d'évolution de la vue dans la limite de 100€ par monture
- ! Dentaire : remboursements plafonnés aux montants indiqués dans le tableau de garanties sur les formules 3, 4 et 5. Au-delà du plafond, la prise en charge est limitée au ticket modérateur ! Séjours à l'étranger : à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française et en cas de séjour de moins de 3 mois par an.



Où suis-je couvert(e) ?

- En France métropolitaine, (Corse incluse, hors DROM COM, hors Monaco) pour les résidents à titre principal.
- Dans le monde entier, pour les séjours à l'étranger de moins de 3 mois par an et à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE NON GARANTIE OU DE RESILIATION A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT :

- Être membre de l'Association ACPA,
- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion,
- Être affilié aux régimes sociaux Français
- Régler la cotisation annuelle ou mensuelle indiquée au contrat, • Fournir tous documents justificatifs demandés.

En cours de contrat :

- Déclarer dans les 15 jours toute circonstance nouvelle modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques.
- Régler la cotisation annuelle ou mensuelle aux dates indiquées au contrat.

Pour le versement des prestations :

- Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents ou justificatifs nécessaires au paiement des prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance. Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire ou prélèvement automatique. Le paiement peut être fractionné au mois ou à l'année selon les conditions prévues au Contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation. 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). 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'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

La couverture prend fin :

- A la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat
- Au décès de l'Adhérent
- A la date à laquelle l'ayant droit perd le statut de bénéficiaire
- à la perte de la qualité de membre de l'Association ACPA par l'assuré
- en cas de déménagement en dehors de la France



Comment le contrat peut-il être résilié ?

L'adhérent peut résilier le contrat d'assurance adressant une notification sur tout support durable :

- à chaque échéance principale du contrat, en adressant sa notification au moins 2 mois avant cette date
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription.

La résiliation prend alors effet un mois après la réception de la notification. Cette résiliation peut être réalisée par le nouvel assureur à votre demande.

- en cas de modification du risque par la suite d'un changement de situation professionnelle, familiale

L'ensemble des cas de résiliation, ainsi que les délais de préavis, figure dans la Notice d'information