

Assurance complémentaire santé

Document d'informations sur le produit d'assurance

Assureur : ACHEEL • 128 rue La Boétie • 75008 Paris - SIREN 879605350 • Société Anonyme au capital de 46 812,48 euros • Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)

Distributeur : KIASURE – 27 Place aux Huiles, 13001 Marseille - SAS – RCS Marseille n°825 261 522, N° ORIAS : 17001652

Produit : IZY SANTÉ

Ce document présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations complètes sur ce produit sont fournies dans les documents précontractuels et contractuels et notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille les niveaux de remboursements.

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

Le produit d'assurance complémentaire santé "IZY 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 les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Garanties systématiquement prévues

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjours, Honoraires (Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou non), Forfait journalier hospitalier, Hospitalisation à domicile ;
- ✓ **Soins courants** : Consultation de médecins généralistes et spécialistes, Imagerie Médicale, Actes de techniques Médicales, Honoraires Paramédicaux, Analyses et examens de laboratoires, Transport (*sauf cures thermales*), Médicaments pris en charge par le régime de base, Cure thermale ;
- ✓ **Dentaire** : Panier « 100% santé », Orthodontie prise en charge par le régime de base, Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie pris en charge par le régime obligatoire ;
- ✓ **Optique** : Panier « 100% Santé », Équipements verres et monture, Lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime obligatoire ;
- ✓ **Aides auditives** : Panier « 100% Santé » prothèses auditives classe I, Appareillages et prothèses auditives classe II pris en charge par le régime obligatoire et dans les conditions fixées au tableau des garanties, Accessoires (piles, écouteurs, coque).

Garanties non systématiquement prévues

- Médecine naturelle : ostéopathe, pédicure, podologue, étiope, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, mésothérapeute, réflexologue, diététicien, nutritionniste ;
- Actes de prévention : prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (Arrêté Ministériel du 8 Juin 2006) ;
- Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio).

Services systématiquement inclus

- ✓ Tiers payant : Viamedis
- ✓ Assistance : Mutuaide
- ✓ My CPMS – Espace assuré (Transmission et Consultation des remboursements, Simulation des remboursements de soins, Carte de Tiers-Payant dématérialisée)

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 versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
 - ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
 - ✗ 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 soins effectués pendant les délais d'attente
- Cette liste n'est pas exhaustive**



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

! Les principales exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats responsables :

- 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'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.

! Les traitements et interventions chirurgicales dans le but de rajeunissement ou esthétique non pris en charge par la sécurité sociale

! Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires dehors du parcours de soins.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! Chambre particulière : prise en charge par an et par bénéficiaire pour une durée limitée à 30 jours ;

! Hospitalisation : délai d'attente d'un mois en hospitalisation sur les remboursements au-delà du ticket modérateur sauf en cas d'hospitalisation pour accident ;

! Forfait hospitalier : sont exclus les séjours en gériatrie, les séjours en unité de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées ;

! Optique : Renouvellement tous les deux (2) ans pour les personnes de plus de 16 ans sauf en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an dans la limite de 100 euros par monture ;

! Aides auditives : Prise en charge tous les 4 ans, par oreille et par bénéficiaire ;

! Médecine naturelle : remboursement limité à un montant annuel forfaitaire selon la formule choisie.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Couverture en France métropolitaine, y compris Corse, **hors Monaco et hors DOM CROM**
- ✓ Couverture en cas de séjour en dehors de la France Métropolitaine de moins de trois (3) mois consécutifs, dans les pays où le Régime obligatoire Français intervient. Le remboursement se fait sur la base du tarif de convention.
- ✓ Le règlement des prestations est toujours effectué en euros et sur le territoire Français.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE OU DE NON GARANTIE :

A la souscription du contrat

- Répondre avec exactitude aux questions et demandes de renseignement sur le bulletin d'adhésion ;
- Fournir tous documents ou justificatifs demandés par l'assureur ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

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 (ou fraction de cotisation) aux dates indiquées au contrat.

Pour le versement des prestations (en cas de sinistre)

- Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents ou justificatifs nécessaires au paiement des prestations et demandés par l'assureur.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix de l'assuré.

Les paiements peuvent être effectués suivant les modalités prévues au contrat (prélèvement automatique, chèque, carte bancaire).



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.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré peut mettre fin au contrat, en adressant à l'assureur une notification (lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez un de ses représentants, acte extrajudiciaire, ou lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication) :

- À la date d'échéance du contrat, respectant un préavis de deux (2) mois ;
- À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet 1 mois après la réception de votre notification. Cette résiliation peut être réalisée par le nouvel assureur à votre demande ;
- En cas de modification de votre situation ou celle de vos ayants droit ayant une influence directe sur les risques garantis ;
- Dans le cas où l'assureur a résilié, après sinistre, un autre contrat ;

En cas d'évolution des cotisations ou de modification du contrat dans le respect des conditions fixées au contrat.