

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information normalisé sur le produit d'assurance

Assureur : PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR, entreprise d'assurance immatriculée au RCS de PARIS sous le N° 343 286 344
Distributeur : ZENIOO, société par Actions Simplifiée au capital de 1 267 431 d'euros – Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 884 782 582 00024 - courtier en assurances inscrit au registre des intermédiaires d'assurance (ORIAS) sous le numéro 20 005 879 (www.orias.fr)

Gestionnaire : GENERATION, société par Actions Simplifiée - immatriculée au RCS de Quimper sous le numéro 410 069 066 - courtier en assurance inscrit au registre des intermédiaires d'assurance (ORIAS) sous le numéro 07 000 842 (www.orias.fr)

Produit : ZEN SANTE EQUILIBRE

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.

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

Ce produit s'assurance complémentaire santé a pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les garanties du produit respectent les conditions légales des contrats responsables et solidaires. Ce produit peut être éligible aux dispositions fiscales de la Loi N°94-126 du 11 février 1994 (dite « Loi Madelin »).



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 des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge. L'âge minimum à l'adhésion au contrat est 55 ans pour l'Adhérent et 40 ans pour le Conjoint sans que celui-ci ne puisse dépasser 99 ans.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : chirurgie, anesthésie, frais de séjour hospitalier, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgence, frais de transport, hospitalisation à domicile, chambre particulière.
- ✓ **Médecine courante et pharmacie** : médecins spécialistes et généralistes, radiologie, imagerie, actes techniques médicaux, psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire, analyse et examen de laboratoire, auxiliaire médicaux, médicaments prescrits remboursés.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres) dont équipement « 100% santé » et hors « 100% santé », lentilles prescrites remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires « 100% santé » et hors « 100% santé », prothèse dentaires, inlays-core et orthodontie hors « 100% santé » remboursés par la Sécurité sociale, Implantologie orthodontie, prothèses, parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Appareillage auditif** : équipement « 100% santé » et hors « 100% santé ».
- ✓ **Prévention et bien-être** : prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable, médecine naturelle (ostéopathie, pédicurie-podologie,...).

LES SERVICES INCLUS :

- Tiers-payant
- Bonus fidélité dès la 2^{ème} année
- Assistance

Les garanties précédées d'une ✓ 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.
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.



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

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La contribution forfaitaire et la franchise médicale.
- ! La majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soin.
- ! Une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés hors parcours de soin.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : le poste Hospitalisation est limité à 100% BR pendant 1 mois sauf en cas de reprise à la concurrence avec des garanties équivalentes ou supérieures).
- ! **Chambre particulière** : montant forfaitaire par journée hors psychiatrie et ambulatoire - Limitée à 40 jours pour les soins de suite et de rééducation
- ! **Dentaire** : le poste dentaire est limité à 100 % BR pendant 1 mois.
- ! **Optique** : lorsque l'Assuré choisi une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.
- ! **Appareillage auditif** : prestations limitées à 1 équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'équipement.



Où suis-je couvert ?

Les garanties sont acquises en France et sans restriction géographique pour les séjours de moins de trois (3) mois par an.



Quelles sont mes obligations ?

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

Lors de l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion ;
- Fournir les documents justificatifs demandés.

En cours d'adhésion :

- Régler les cotisations selon la périodicité définie dans ce contrat ;
- Informer l'assureur de tout changement de situation.

En cas de sinistre :

- Pour obtenir le règlement des prestations, fournir les décomptes originaux de votre régime obligatoire (an l'absence de télétransmission), les originaux des notes d'honoraires ou des factures acquittées justifiant les dépenses engagées. Les demandes de remboursement sont à adresser dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement du soin par votre régime obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance en fonction de la périodicité choisie : annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion. Elles sont prélevées sur le compte bancaire du payeur de cotisations.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion et les garanties prennent effet, après acceptation de l'assureur, à la date figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée d'un an. Elle se renouvelle chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion, sauf résiliation dans les cas et conditions fixés dans la notice d'information du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À tout moment, à l'expiration d'un délai de 1 an à compter de la première année d'adhésion.
- Dans le délai d'un an à compter de la date d'adhésion :
 - En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garanties.
 - Dans les 30 jours qui suivent l'envoi de la notification de l'évolution tarifaire.
 - En cas de modification des conditions du contrat à l'initiative de l'Assureur ou de l'Association des assurés de Zenioo.