

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre

Nom du produit : ZEN SANTE SENIOR

Le contrat Zen Santé Senior a été développé et négocié par ZENIOO.

**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 montants d'indemnisation et les franchises seront détaillés dans le tableau de garanties.**

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

Le produit Zen Santé Senior 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. Il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin pour les personnes éligibles.



## 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.

### Formule 1 à Formule 6

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant - télévision - Internet - téléphone, hospitalisation à domicile, transport
- ✓ Médecine : honoraires, auxiliaires médicaux, laboratoires, médecines complémentaires
- ✓ Pharmacie : pharmacie et homéopathie remboursés
- Frais optiques : lunettes (monture et verres)
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-cores (couronnes, bridges, appareils amovibles) remboursés par le Régime Obligatoire
- ✓ Appareillage (hors dentaire) : prothèses auditives, gros et petit appareillage (prothèse capillaire, semelles orthopédiques, bas de contention)
- ✓ Prévention et cures thermales : forfait prévention (dépenses de dépistage et de prévention)

#### AUTRES GARANTIES PREVUES SELON FORMULE CHOISIE

Chambre particulière  
Pharmacie non remboursée  
Lentilles, chirurgie réfractive  
Dentaire non remboursé par le régime obligatoire (implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie)  
Bonus fidélité prothèses dentaires, inlays - onlays, inlay-core, implantologie remboursés par le régime obligatoire  
Cures thermales remboursées par le régime obligatoire

#### GARANTIES OPTIONNELLES

Hospitalisation + dès la Formule 1 : supplément de remboursement des honoraires OPTAM et OPTAM-CO, chambre particulière et frais accompagnant / télévision / Internet et téléphone.

Option ECO 1 dès la Formule 2 et Option ECO 2 dès la Formule 1 (cumulables entre elles mais non cumulables avec Hospitalisation +) : chacune de ces options permettent une réduction de 5% moyennant la suppression des garanties suivantes :

- ECO 1 : chambre particulière et pharmacie non remboursée
- ECO 2 : Pharmacie remboursée à 15%

### Formule Hospitalisation

#### LES GARANTIES PREVUES

Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant - télévision - Internet - téléphone, hospitalisation à domicile, transport

#### LES SERVICES PREVUS

Réseau de soins Carte Blanche (hors formule Hospitalisation) : qualité des équipements et tarifs négociés chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes

- ✓ Espace clients GENERATION pour le suivi des remboursements

#### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

Parmi les nombreux services en inclusion :

- ✓ La téléconsultation illimitée
- ✓ Rapatriement sanitaire en cas de maladie, accident ou décès à l'étranger
- ✓ Services aide aux aidant et répit de l'aidant

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 frais relatifs à des séjours en établissements médicosociaux, services ou unités de soins de longue durée (USLD), maisons de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

### Formule Hospitalisation

- ✗ Le délai d'attente est de 1 mois. Il peut être abrogé en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes et sans interruption de garanties.



## Y'a-t-il des exclusions à la couverture ?

Liste non exhaustive. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale.
- ! La majoration du ticket modérateur et des 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.

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet** : les remboursements sont limités à 20 jours par hospitalisation.

#### Hors formule HOSPI

- ! **Frais optiques** : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Forfait prévention** : sont remboursés les actes de prévention prévus au contrat responsable dans la limite de 50€ par an.
- ! **Hospitalisation +** : les remboursements sont limités aux médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO).



### Où suis-je couvert ?

- En France et à l'étranger, à partir du moment où le régime français intervient.
- Dans les 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 d'assurance ou de non garantie :**

#### Lors de l'adhésion au contrat

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,

#### En cours de contrat

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité Sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé),
- Informer l'assureur de tout changement de votre situation, par lettre recommandée postale ou envoi en recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, et notamment le changement d'adresse ou la fixation hors de France métropolitaine, la composition familiale, le régime obligatoire, la profession exercée.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



### Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de votre centre de gestion Génération dans les dix jours à compter de l'échéance
- Paiement fractionné possible (mensuel, trimestriel ou semestriel) ou annuel (sans frais de fractionnement)
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) ou par prélèvement automatique.



### Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas 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 fixées au contrat.



### Comment puis-je résilier le contrat ?

**Vous pouvez résilier votre adhésion dans les cas prévus par la réglementation, mais également :**

- À la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.  
Vous avez également la possibilité de mettre un terme à votre adhésion au contrat Zen Santé Senior à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de révision des cotisations.  
Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée postale ou envoi recommandé électronique ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre

Nom du produit : HONORAIRES +

Le contrat Honoraires + a été développé et négocié par ZENIOO qui le distribue en complément du contrat Zen Santé Senior.

**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 montants d'indemnisation et les franchises seront détaillés dans le tableau de garanties.**

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

Le produit **Honoraires+** est un contrat complémentaire au contrat santé Zen Santé Senior pour les Formules 1 à 6 uniquement.

Il ne peut être adossé à la formule Hospitalisation de Zen Santé Senior.

Il garantit le remboursement des honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM ou OPTAM-CO, suite à maladie, accident, ou hospitalisation, dans la limite des garanties souscrites. La garantie intervient en complément de la Sécurité sociale et des garanties Zen Santé Senior souscrites.

Le contrat est « solidaire » : aucun questionnaire médical n'est demandé lors de l'adhésion. Le contrat est « non responsable » : il n'est pas éligible au régime fiscal prévu par l'article 154 bis du code général des impôts (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 de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation : honoraires des médecins n'ayant pas souscrit à l'OPTAM / OPTAM-CO
- ✓ Médecine : honoraires des médecins n'ayant pas souscrit à l'OPTAM / OPTAM-CO

### LES SERVICES PREVUS

- ✓ Espace clients Génération pour le suivi des remboursements

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 frais relatifs à des séjours en établissements médicosociaux, services ou unités de soins de longue durée (USLD), maisons de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.



## Y'a-t-il des exclusions à la couverture ?

Liste non exhaustive. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

### PRINCIPALES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

- ! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale
- ! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.



## Où suis-je couvert ?

En France et à l'étranger, à partir du moment où le régime français intervient.

Dans les 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 d'assurance ou de non 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

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité Sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé)
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a connaissance :
  - Changement de situation : adresse ou fixation hors de France métropolitaine, composition familiale (naissance, mariage, décès), situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
  - Changement de profession : l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat.
- Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de votre centre de gestion Génération dans les dix jours à compter de l'échéance
- Paiement fractionné possible (mensuel, trimestriel ou semestriel) ou annuel (sans frais de fractionnement)
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) ou par prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas 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 fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

**Vous pouvez résilier votre adhésion dans les cas prévus par la réglementation, mais également :**

- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.  
Vous avez également la possibilité de mettre un terme à votre adhésion au contrat Zen Santé Senior à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de révision des cotisations.  
Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée postale ou envoi recommandé électronique ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.