

Assurance Complémentaire Santé individuelle



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Calypso - Entreprise d'assurance immatriculée en France

Produit : AllSecur Santé

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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.



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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser les frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires après intervention de la Sécurité sociale. Ce contrat peut également proposer des services ou prestations d'assistance. Le produit respecte les conditions du Cahier des charges des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds (optique et dentaire) 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 la charge de l'assuré.

Les garanties systématiquement prévues :

Remboursement total ou partiel, selon les cas, des dépenses de santé consécutives à une maladie, un accident ou une maternité, en complément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie :

- ✓ Hospitalisation (par exemple : frais liés aux séjours).
- ✓ Pharmacie.
- ✓ Soins courants (par exemple : consultations et auxiliaires médicaux, frais de transport, appareillages et vaccins).
- ✓ Optique (par exemple : monture, verres simples ou complexes).
- ✓ Dentaire (par exemple : soins dentaires, prothèses).
- ✓ Auditif (par exemple : prothèses).

Assistance :

Aide-ménagère en cas d'hospitalisation.

Rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident à l'étranger.

Mise en relation avec des prestataires de Services à la personne.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ! Les soins reçus avant la date d'effet de l'adhésion.
- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraire 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 dépenses de soins des établissements ou service aux personnes âgées qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendants (EHPAD).
- ! La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



Y-a-t-il des restrictions de garanties ?

- ! **Optique :** prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
Pendant un délai de 6 mois débutant à la date d'effet du contrat Santé, les niveaux de garanties 4 et 5 sont limités à 150 € par personne assurée et année d'assurance (ou à 200 € si le défaut de vision le justifie).
- ! **Dentaire :** Pendant un délai de 12 mois débutant à la date d'effet du contrat Santé, les niveaux de garanties 4 et 5 sont limités à :
 - 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins dentaires et les prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, par personne assurée,
 - 200 € pour l'orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, par personne assurée et par semestre.



Dans quels pays suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties s'exercent en France métropolitaine.
- ✓ En dehors de ce territoire :

Pour les soins habituellement remboursés par la Sécurité sociale, il faut que celle-ci continue de les prendre en charge pendant le séjour.



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 :

- Informer l'assureur de toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux, notamment changements dans sa 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,
- Demandes de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers,
- Bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif.

En cas de sinistre :

La demande de remboursement doit parvenir à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité sociale.



Quand dois-je payer et comment ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat, auprès 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 (mensuel, trimestriel ou semestriel).

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou chèque.



A quel moment le contrat commence-t-il et à quel moment prend-il fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion.

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'assuré ou l'assureur dans les cas et conditions fixées au contrat.

Lorsque vous quittez la France métropolitaine ou les DOM pour une période supérieure à un an, le contrat prend fin dès qu'il ne bénéficie plus de la Sécurité sociale française.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré peut mettre fin à son contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant une lettre recommandée à l'assureur ou à son représentant au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de sa situation personnelle ou professionnelle,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire,
- en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur à la suite d'une aggravation du risque, indépendante de son état de santé.

