

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ INDIVIDUELLE

Document d'information sur le produit d'assurance

BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61.996.212 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris. Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Papiers n°FR232581_03FWUB délivré par l'ADEME.

PRODUIT ASSUR-BP SANTÉ

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et 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 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 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 le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

Garanties systématiquement prévues

- ✓ Soins courants et médicaments : consultations, analyses et examens de laboratoire, radiologie, kinésithérapie, médicaments, matériel médical (appareillages).
- ✓ Hospitalisation : honoraires, forfait journalier hospitalier, frais de séjour.
- ✓ Optique : lunettes (verres et montures y compris verres et montures du panier "100% Santé"), lentilles.
- ✓ Dentaire : soins, prothèses (y compris soins et prothèses du panier "100% Santé"), implants, orthodontie.
- ✓ Aides auditives : audioprothèses (y compris équipements du panier "100% Santé").

Garanties prévues selon la formule souscrite

- Ostéopathie.
- Médicaments non remboursés dont contraception.
- Orthodontie adulte.
- Chambre particulière.

Services d'assistance systématiquement prévus

Les prestations d'assistance sont indépendantes des garanties frais de santé du contrat. Elles sont acquises à l'assuré indépendamment du remboursement des frais de santé, dès lors que l'événement est garanti et que le contrat a pris effet.

- ✓ Assistance à domicile en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation.
- ✓ Assistance en déplacement.
- ✓ Accès à un réseau de professionnels de santé à tarif préférentiel (optique, dentaire, audioprothèse), analyse de devis.

Services d'assistance prévus selon le profil de l'assuré (âge et composition familiale) et les formules souscrites

- Aide aux aidants.
- Services maternité.

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



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ La parapharmacie, les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, les traitements antipaludéens et les traitements d'aide au sevrage tabagique.
- ✗ Les frais de séjour en maison de retraite et maison de repos.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

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

Les principales exclusions

- ! Pas de remboursement de la participation forfaitaire de l'assuré (1 €).
- ! Pas de remboursement de la majoration de la participation de l'assuré prévue par la loi en cas de non-respect du parcours de soins.
- ! Les dommages supérieurs aux plafonds précisés aux conditions particulières et générales du contrat.

Les principales restrictions

- ! Pas de remboursement des franchises médicales.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Aides auditives : prise en charge limitée à un équipement par oreille appareillée par période de quatre ans.
- ! Chambre particulière : prise en charge limitée à 90 jours cumulés par an en hospitalisation psychiatrique et pour le « Profil MASTER ».



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties s'exercent dans le monde entier, pour des séjours n'excédant pas 90 jours, dès lors qu'il y a prise en charge par les régimes obligatoires français.

Les garanties d'assistance aux personnes sont acquises dans le monde entier dès lors que la durée de déplacement n'excède pas 3 mois (sans condition d'intervention des régimes obligatoires).



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

A la souscription :

- Être domicilié en France métropolitaine (Corse incluse).
- Répondre avec exactitude et sincérité à toutes les questions qui vous sont posées.
- Régler les cotisations aux dates convenues (à la souscription et à chaque renouvellement du contrat).

En cours de contrat :

- Informer l'assureur, pour vous-même et les autres personnes assurées au contrat, de tout changement dans les informations recueillies à la souscription dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance.

En cas de sinistre :

- Nous adresser toute demande de remboursement au plus tard dans les délais fixés au contrat.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- Au moment de la souscription puis à chaque date anniversaire du contrat.
- Par prélèvement sur un compte bancaire, par chèque ou virement.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Date de prise d'effet du contrat : le contrat entre en vigueur à la date précisée sur le certificat d'adhésion (à minuit).

Date de fin de couverture : après une première période d'un an, le contrat est reconduit par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf cas prévus dans la notice d'information, notamment en cas de résiliation.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER MON CONTRAT ?

- Par voie électronique depuis votre espace assuré en ligne, par l'envoi d'une lettre ou tout autre support durable à l'assureur ;
- À chaque échéance annuelle (31 décembre à minuit) ;
- À tout moment en cours d'année sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra alors effet un mois après réception de la demande de résiliation ;
- En cours d'année, en cas de survenance de certains événements, notamment en cas de changement de situation personnelle (changement de domicile ou familial) lorsque celui-ci est en relation directe avec l'objet de la garantie ;
- En cas de révision de la cotisation ou des garanties du contrat selon les dispositions prévues dans la documentation précontractuelle et contractuelle.