

Assurance Complémentaire Santé individuelle



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Allianz vie – Entreprise d'assurance immatriculée en France

Numéro d'agrément : 340234962

Produit : Police UNIM Complémentaire Santé TNS

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



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

Le produit **UNIM Complémentaire Santé TNS** est destiné à rembourser les frais de santé restant à la charge de l'assuré, professionnel médical et paramédical (libéral et indépendant), et de ses éventuels bénéficiaires, après intervention de la Sécurité sociale. Il respecte les conditions du cahier des charges des contrats responsables. La part de cotisation liée à votre garantie soins, et celle de vos ayants droits, rattachés au sens contrat, peuvent ouvrir droit à déduction fiscale (article 154bis du Code général des impôts).



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 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 :

- ✓ Les paniers de bien 100% Santé (équipements optique et auditif, soins et prothèses dentaires).
- ✓ Hospitalisation (par exemple : frais liés aux séjours).
- ✓ Médicaments.
- ✓ 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).
- ✓ Aides auditives (par exemple : prothèses).
- ✓ Allocation natalité ou d'adoption.

Services d'assistance :

- ✓ Assistance médicale et rapatriement, santé à domicile.
- ✓ Accès à un réseau de prestataires du bâtiment.
- ✓ Gestion du secrétariat médical de l'assuré.
- ✓ Assistance Vie Pratique (aide au quotidien en cas d'événement indépendant de la volonté de l'assuré).
- ✓ Assistance Véhicule de remplacement.
- ✓ Assistance informatique.
- ✓ Assistance Aide aux aidants.

Ces services sont disponibles en fonction du territoire où est situé le domicile du bénéficiaire de l'assistance

Les garanties et services précédés 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 et après celle des cessations des garanties.
- ✗ La participation forfaitaire de 1 euro et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ✗ 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 dépenses de soins des établissements ou services aux personnes âgées qui leurs 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).
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités/centres de long séjour (article L174-6 du Code de la Sécurité sociale).
- ✗ Les dépenses relatives aux cures autres que cures thermales prescrites et prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



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

- ! **Hospitalisation :**
prise en charge de l'hospitalisation pour les affections psychiatriques, la spasmophilie, le syndrome de la fatigue chronique et la fibromyalgie :
 - limité à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pendant les douze premiers mois,
 - chambre particulière non garantie.
- ! **Optique :**
prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un assuré de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour celui de 16 ans et plus.
- ! **Aides auditives :**
versement d'un forfait par oreille tous les 4 ans.





Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'exercent en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-mer, dans les collectivités d'Outre-mer (DROM-COM) ainsi qu'à Monaco.
- ✓ **En dehors de ces territoires :**
Les soins dispensés à l'occasion d'un déplacement à l'étranger ne sont couverts qu'en complément des prestations versées par le régime légal de l'assuré. Les règlements sont effectués en France et en euros.



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 d'assurance maladie et maternité initialement déclarés,
 - séjour à l'étranger,
 - bénéfice d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif.

Les déclarations de l'assuré doivent parvenir à l'assureur, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements.

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 et comment effectuer les paiements ?

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 ou trimestriel).

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite automatiquement d'année en année au 1^{er} janvier sauf résiliation par l'assuré ou l'assureur dans les cas et conditions fixées au contrat.



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, une lettre simple ou un e-mail à l'assureur ou à son représentant au moins deux mois avant cette date,
- à tout moment par lettre recommandée, lettre simple, e-mail, à l'expiration d'un délai de 1 an à compter de la première adhésion. La résiliation prend effet 1 mois après que l'assureur en ait reçu notification,
- 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.



	ECO	CONFORT	PRESTIGE	PREMIUM
HOSPITALISATION	H1	H2	H3	H4
Dans un établissement relevant de la loi hospitalière, public ou privé, conventionné ou non conventionné, y compris pour l'hospitalisation « de jour », dite ambulatoire.				
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires				
Participation forfaitaire	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	100 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	100 %	170 %	220 %	500 %
Etablissements conventionnés ou non conventionnés				
Frais de séjour, salle d'opération	100 %	125 %	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière - sauf affections psychiatriques	50 €/jour	65 €/jour	Frais réels	Frais réels
Frais d'accompagnant (hors restauration)		25 €/nuit	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS	S1	S2	S3	S4
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux	100 %	125 %	180 %	200 %
Honoraires médicaux				
Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical, actes d'imagerie et d'échographie (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	100 %	125 %	140 %	200 %
Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical, actes d'imagerie et d'échographie (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	100 %	145 %	160 %	300 %
Sages-femmes	100 %	125 %	180 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	125 %	180 %	200 %
Médicaments	100 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Matériel médical				
Ensemble des produits et prestations remboursables prévus à l'article L165.1 du code de la Sécurité sociale (petits et grands appareillages, orthopédie...) hors optique et auditif	100 %	125 %	195 %	250 %
Frais de transport (hors hospitalisation)	100 %	125 %	130 %	150 %
Cure thermique (plafond par an et par personne assurée)		250 €	650 €	700 €
PREVENTION ET MEDECINES DOUCES (plafond par assuré et année d'assurance)	G1	G2	G3	G4
Médecines douces (ostéopathes, étiopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, diététiciens, psychologues)			100 €	200 €
Objets connectés pour ma santé (tensiomètre, oxymètre de pouls, bracelet d'activité)	50 €	50 €	50 €	100 €
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Médicament et dispositif prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	50 €	50 €	100 €	150 €
OPTIQUE	O1	O2	O3	O4
Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par période de 2 ans (sauf pour les assurés de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour ceux de 16 ans et plus) dont un plafond de remboursement pour la monture à 100 €.				
Equipements 100% Santé (Classe A)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Equipements de classe B ou mixtes				
Monture + 2 verres simples	100 €	200 €	300 €	420 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	150 €	250 €	350 €	520 €
Monture + 2 verres complexes	200 €	300 €	400 €	570 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	150 €	250 €	350 €	520 €
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 €	300 €	470 €	610 €
Monture + 2 verres très complexes	200 €	300 €	470 €	750 €



	ECO	CONFORT	PRESTIGE	PREMIUM
Lentilles y compris lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (remboursement maximum par assuré et par année d'assurance)	100 €	100 €	400 €	500 €
Plafond global verres, monture et lentilles (par assuré et par année d'assurance)	300 €	300 €	650 €	800 €
Prestation d'adaptation	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive (par œil, par assuré et par année d'assurance)			400 €	500 €
AIDES AUDITIVES	O1	O2	O3	O4
Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par oreille par période de 4 ans.				
Equipements 100% Santé (Classe I)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Equipements de classe II	100 %	200 %	300 %	500 %
Avantage fidélité sur les équipements de classe II à partir de la 4^e année d'adhésion au contrat, par an et par personne assurée	50 €	50 €	100 €	150 €
DENTAIRE	D1	D2	D3	D4
Soins et prothèses 100% Santé	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins	125 %	125 %	140 %	200 %
Prothèses	125 %	150 %	300 %	400 %
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	125 %	150 %	300 %	400 %
Avantage fidélité sur les prothèses dentaires hors 100% Santé et l'orthodontie acceptée, à partir de la 4^e année d'adhésion au contrat, par an et par personne assurée	50 €	50 €	100 €	150 €
Actes hors nomenclature non prise en charge par la Sécurité sociale (remboursement maximum par assuré et par année d'assurance)				
Prothèse dentaire			150 €	200 €
Orthodontie			250 €	400 €
Piliers implantaires		100 €	200 €	300 €
Implant		400 €	520 €	700 €
NATALITE	H1	H2	H3	H4
Allocation pour un assuré exerçant une activité médicale ou paramédicale libérale exclusivement	150 €	500 €	1 500 €	1 500 €
Dans tous les autres cas	150 €	250 €	500 €	500 €

4 formules : ECO, CONFORT, PRESTIGE et PREMIUM dont :

– 2 formules fixes : ECO (H1 + S1 + G1 + O1 + D1) et PREMIUM (H4 + S4 + G4 + O4 + D4)

– 2 formules modulaires : CONFORT et PRESTIGE avec les conditions suivantes :

- obligation de choisir la garantie S2 ou S3 pour les « Soins Courants »,
- libre choix pour les autres garanties : Hospitalisation (H1 à H4), Optique et Aides auditives (O1 à O4), Dentaires (D1 à D4),
- choix optionnel de la garantie « Prévention et Médecines douces » (G). Si elle est choisie, son niveau est obligatoirement identique à celui de la garantie « Soins courants » (S2 ou S3) (ex : garantie S2 choisie pour la garantie « Soins courants », la garantie « Prévention et Médecines douces » ne peut être que G2).

Point d'attention :

- Si le choix est la Formule CONFORT (H2 + S2 + O2 + D2), la garantie G2 « Prévention et médecines douces » est obligatoirement associée.
- Si le choix est la Formule PRESTIGE (H3 + S3 + O3 + D3), la garantie G3 « Prévention et médecines douces » est obligatoirement associée.
- Le niveau de garantie « Natalité » (H) suit toujours celui de la garantie « Hospitalisation » (H) (exemple : Si H1 choisi en « Hospitalisation », H1 obligatoire pour « Natalité »).

