Assurance Complémentaire Santé

Document d'informations sur le produit d'assurance

Produit distribué par ACHEEL France – 128 rue La Boétie – 75008 Paris – SASU au capital de 100 000 euros – 895 323 525 RCS Paris – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 21003575 (www.orias.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. Assuré par ACHEEL– 128 rue La Boétie - 75008 Paris – SA au capital de 330.800 euros – 879 605 350 RCS Paris – Entreprise régie par le Code des assurances.
Fragonard Assurances - n° d'agrément 479 065 351, immatriculée en France.

Produit: ACHEEL Gen-Z

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. Toutes les informations complètes sur ce produit sont fournies dans les documents précontractuels et contractuels et, notamment, dans le tableau de garanties, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit ACHEEL Gen-Z est un produit d'Assurance **Complémentaire Santé**. En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.
Ce produit n'est pas éligible au dispositif des contrats Responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES
✔ Hospitalisation : Honoraires, Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES
Hospitalisation : Frais d'accompagnement, Chambre individuelle, Confort hospitalier.
Dentaire : Soins dentaires, Prothèses dentaires, Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire.
Optique : Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles de contact remboursées ou non par le RO - Régime Obligatoire.
Soins courants : Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire.
Pharmacie : Médicaments et homéopathie pris en charge par le RO - Régime Obligatoire.
Aides auditives : Prothèses auditives de la Classe II.
Prévention et Bien être : Cure thermale prise en charge par le RO - Régime Obligatoire.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS
✔ Tiers Payant, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé).
✔ Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE
✔ Assistance en cas d'évènements traumatisants, d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile, conseils santé, téléconsultation et modules de prévention digitaux.
Les garanties d'assistance sont assurées par Mondial Assistance et définies aux conditions générales d'assistance.

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 indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
✖ Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.
✖ Les personnes de moins de 18 et de plus de 29 ans.
Cette liste n'est pas exhaustive.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS
! 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'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;
! La chambre particulière et le lit accompagnant dans certains établissements ou services.
! Le forfait journalier facturé par certains établissements médicaux sociaux.
! La chirurgie dans un but de rajeunissement ou esthétique.
! Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.
! Les garanties ne s'exercent pas en cas :
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvement populaires ;
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin ;
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes.

PRINCIPALES RESTRICTIONS
! Chambre particulière : Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours.
! Lit accompagnant : Garantie disponible à partir de la deuxième année d'assurance dans la limite de 15 jours par an.
! Forfait journalier hospitalier : Illimité. Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
! Optique : Renouvellement tous les deux ans pour les personnes de plus de 16 ans. - Anticipé en cas d'évolution de la vue dans la limite de 100€ par monture.
! Aides auditives : Renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.
! Hospitalisation : Délai d'attente en hospitalisation de 3 mois sur les remboursements au-delà du ticket modérateur hors hospitalisation consécutive à un accident.
Cette liste n'est pas exhaustive.

Où suis-je couvert(e) ?

✔ En France métropolitaine, et Corse (hors Monaco, hors DOM TOM)
✔ Dans les pays où le Régime obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention, de même qu'en cas de séjour en dehors de France métropolitaine de moins de TROIS (3) mois.

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, par questionnaire, lettre, proposition ou tout autre moyen.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat
- Déclarer dans les 15 jours toute circonstance nouvelle modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques.
- Régler la cotisation (ou la fraction de cotisation) aux dates indiquées au contrat.

Pour le versement des prestations
- Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix.
Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire et/ou prélèvement automatique.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.
En cas de contrat conclu à distance ou 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).
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'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture prend fin :
- A la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat,
- Au décès de l'Adhérent,
- A la date à laquelle l'ayant droit perd le statut de bénéficiaire.

Comment le contrat peut-il être résilié ?

À la date d'échéance du contrat, en nous adressant notification ou depuis votre espace client (article L. 113-14 du Code des assurances) au moins deux (2) mois avant cette date.

L'adhérent peut ensuite résilier son adhésion à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat.
La résiliation prend effet un (1) mois après que l'assureur en a reçu notification par l'Adhérent (L113-15-2 du Code des Assurances).

En cas de modification de la situation des assurés ayant une influence directe sur les risques garantis.

En cas d'évolution des cotisations ou de modification du contrat dans le respect des conditions prévues aux articles 6 - 14 et 20 des conditions générales.