ASSURANCE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance
PACIFICA - Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances - 352 358 865 RCS PARIS.
Produit : ASSURANCE SANTÉ

ASSURANCES

Ce document d'information 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 contrat complémentaire santé a pour objet de couvrir tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, maladie ou de maternité en complément de la Sécurité sociale française. Ce contrat respecte les conditions légales du contrat responsable. Il peut également proposer des services associés.

✓ : Garantie incluse dans tous nos contrats - ✗ : Exclusion à la souscription dans tous nos contrats - ! : Exclusion de couverture dans tous nos contrats

QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à charge de l'assuré.

Les garanties essentielles systématiquement prévues

Soins courants

- ✓ **Honoraires médicaux, paramédicaux, analyses et imagerie médicale :** de 100 % à 150 % de la Base de remboursement de l'Assurance Maladie (BR) + un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 200 €.
- ✓ **Médicaments (dont vaccin antigrippal) :** 100 % de la BR.
- ✓ **Pharmacie non remboursée par le Régime Obligatoire :** un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 200 €.
- ✓ **Médecines alternatives :** un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 200 € (maximum 50 €/acte).
- ✓ **Matériel médical :** de 100 % à 150 % de la BR + un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 400 €.
- ✓ **Équipement 100 % santé :** 100 % des frais réels.

Dentaire

- ✓ **Soins dentaires :** 100 % de la BR.
- ✓ **Prothèses et orthodontie :** de 125 % à 150 % de la BR + un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 400 €.
- ✓ **Prothèses 100 % santé :** 100 % des frais réels.

Optique

- ✓ **Lunettes (monture et verres unifocaux) et lentilles (y compris prescrites non prises en charge par le régime obligatoire) :** de 100 % à 150 % de la BR + un forfait pouvant aller de 100 € à 400 €. Majoration verres multifocaux ou progressifs de 100 €.
- ✓ **Equipement 100 % santé :** 100 % des frais réels.

Aides auditives

- ✓ **Prothèses auditives :** de 100 % à 150 % de la BR + un forfait pouvant aller jusqu'à 400 € par oreille.
- ✓ **Equipement 100 % santé (à partir du 01/01/2021) :** 100 % des frais réels.

Cure thermale

- ✓ **Cure thermale :** de 100 % à 150 % de la BR + un forfait annuel pouvant aller jusqu'à 400 €.

Hospitalisation

- ✓ **Chambre particulière :** une somme pouvant aller jusqu'à 75 €/jour.
- ✓ **Lit accompagnant :** une somme pouvant aller jusqu'à 50 €/jour.
- ✓ **Forfait TV et internet :** une somme pouvant aller jusqu'à 150 € (soit 10 €/jour).
- ✓ **Forfait accouchement :** un forfait pouvant aller jusqu'à 400 €.
- ✓ **Frais de séjour, frais de transport :** 100 % de la BR.
- ✓ **Forfait hospitalier :** frais réels.

Les garanties et services complémentaires

- ✓ **Réseau de soins :** accès à des tarifs négociés et garanties supplémentaires sur des lunettes et lentilles.
- ✓ **Assistance :** rapatriement et transport sanitaire, aide-ménagère à domicile, garde à domicile de l'enfant…

Les avantages

Avantage fidélité : en fonction du niveau de garantie choisi et à partir de 3 années consécutives à compter de la date de souscription, majoration de 50 € sur les forfaits optique, dentaire, cure thermale et audioprothèse.
Avantage plus de 50 ans : majoration de 50 € sur les forfaits optique, dentaire, cure thermale et audioprothèse.
Avantage Etudiant : participation dans la limite de 30 € annuel aux frais d'inscription à une activité sportive.

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet de l'adhésion.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - dans les unités ou centres de long séjour
  - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou 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.
- ✗ Les dépenses non prises en charge par le Régime Obligatoire.
- ✗ Les dépenses réalisées à l'étranger, non prises en charge par le régime obligatoire français.
- ✗ Les interdictions de prise en charge au titre du contrat responsable.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les dépenses résultant de soins données à la suite de tout acte volontaire de l'assuré ou de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ne sont pas pris en charge par le contrat.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Prise en charge Optique limitée à un équipement tous les 2 ans à compter de la date d'achat, réduit à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Prise en charge Prothèses auditives limitée à un équipement tous les 4 ans, à compter de la date d'achat.

Franchises, seuils d'intervention et limitations de l'indemnité :

- ! Pour les praticiens signataires du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO), le remboursement des honoraires médicaux, chirurgicaux et imagerie médicale est limité à 250 % de la BR.
- ! Pour les praticiens non signataires du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) :
  - Un abattement de 20 % de la base de remboursement est retenue sur le remboursement des dépassements d'honoraires.
  - Le remboursement des honoraires médicaux, chirurgicaux et imagerie médicale est également limité à 200 % de la BR.
- ! Les plafonds varient en fonction de la formule et des options souscrites et prennent en compte les remboursements du Régime Obligatoire.

PACIFICA 7155A.41 (2028.01)

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- En France métropolitaine, sur l'île de la Réunion, en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, à Mayotte et à Saint Barthélémy.
- En Europe pendant un séjour d'un an au maximum.
- Dans les autres parties du monde pendant un séjour de 3 mois maximum.

Si vous êtes frontalier Suisse

Vous avez opté pour le régime obligatoire Suisse LAMal :

- Seuls les soins et les dépenses réalisés en France métropolitaine, sur l'ile de la Réunion, en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, Mayotte et Saint-Barthélemy sont garantis par le contrat, en complément du Régime Obligatoire français.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

À la souscription du contrat

- Les déclarations doivent être sincères et conformes à la réalité.
- L'assuré doit nous informer du nom des autres assureurs couvrant le même risque.
- L'assuré doit payer la 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 remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'assureur des évènements suivants, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
  - › Changements de 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.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance.

Lorsque la cotisation annuelle est payable par fractions, il est entendu qu'en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité :

- toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviennent exigibles,
- en cas de paiement mensuel, le fractionnement devient automatiquement annuel.

Le paiement est effectué par prélèvement automatique ou par chèque.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Sauf dispositions relatives à un éventuel délai de renonciation, le contrat prend effet aux date et heure indiquées sur la Demande d'adhésion. À défaut de précision concernant l'heure, il ne prendra effet qu'à compter de zéro heure le lendemain de sa signature.

La durée du contrat est d'un an. Il est reconduit chaque année à son échéance pour une nouvelle période annuelle, sauf résiliation.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Le contrat peut être résilié par internet, par lettre simple ou recommandée (papier ou électronique), ou tout autre support durable, ou par acte extrajudiciaire adressée au siège de Pacifica ou à l'intermédiaire en assurances, ou en remplissant, à l'agence, un imprimé de résiliation contre récépissé. L'assuré recevra une confirmation écrite dès réception de sa notification.

La résiliation peut s'opérer :

- Soit à échéance annuelle, en respectant un préavis d'un mois.
- Soit à tout moment suite à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat, en respectant un préavis d'un mois. Si le motif de résiliation est la souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, cette résiliation doit être effectuée par votre nouvel assureur.
- Suite à révision des cotisations à l'échéance, l'assuré est en droit de refuser cette modification en résiliant le contrat dans les 30 jours suivant la date à laquelle il en a eu connaissance.
- Si suite à un sinistre nous résilions l'un des contrats, l'assuré peut alors résilier, dans un délai d'un mois après cette notification, tous ses autres contrats non soumis à une obligation d'assurance.
- Si nous refusons de réduire la cotisation en cas de diminution du risque pour un motif autre que l'état de santé de l'assuré, celui-ci peut résilier dans un délai d'un mois.
- Pour les changements dans la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré dans un délai de trois mois suivant la date de l'évènement avec un préavis d'un mois.

PACIFICA. Entreprise régie par le Code des assurances. Société anonyme au capital de 455 455 425 € entièrement libéré. Siège social : 8/10, boulevard de Vaugirard - 75724 Paris Cedex 15. 352 358 865 RCS Paris. N° de TVA : FR 95 352 358 865.

PACIFICA **7155A.41 (2026.01)**