

Assurance Complémentaire Santé individuelle



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Allianz IARD - Entreprise d'assurance immatriculée en France

Numéro d'agrément : 542110291

Produit : Police « Allianz Frontaliers suisses »

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



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les garanties systématiquement incluses :

Remboursement, 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 :

Pour les soins effectués en France :

- ✓ 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).

Pour les soins effectués en Suisse :

- ✓ Hospitalisation (par exemple : frais liés aux séjours) en urgence.

Les garanties optionnelles :

Pour les soins effectués en France :

Renforcement des garanties en optique et dentaire.

Pour les soins effectués en Suisse :

Hospitalisation (par exemple : frais liés aux séjours) hors urgence.

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).

La garantie hospitalière (allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation).

Assistance :

Aide-ménagère en cas d'hospitalisation.

Rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident dans le monde entier.

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 chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Les événements résultants d'un fait intentionnel de l'assuré, d'un phénomène atomique ou d'une cure (à l'exception des cures thermales).
- ✗ Les frais de soins relatifs aux séjours effectués :
 - dans les établissements non hospitaliers,
 - dans les établissements hospitaliers et faisant partie des catégories d'établissements dénommés :
 - établissement de Soins de Longue Durée, centre Médico-psychologique, maison d'enfant à caractère sanitaire permanent ou temporaire, atelier thérapeutique, appartement thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, service médico-psychologique régional, centre postcures pour alcooliques,
 - en division privée ou semi-privée des Hôpitaux Universitaires de Genève ou dans d'autres établissements, pour des soins relatifs à une maladie mentale ou psychiatrique.



Y a-t-il des restrictions de garantie ?

- ! **Hospitalisation :**
 - En France et en Suisse, les hospitalisations dans un établissement ou un service psychiatrique ou neuro-psychiatrique, sont prises en charge 12 mois après la date d'effet.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ **Les garanties s'exercent en France métropolitaine et en Suisse.**
- ✓ **En dehors de ces territoires :**
les conditions de prise en charge des soins correspondent, selon l'objet des garanties, à celles qui sont ou auraient été appliquées par le régime obligatoire d'assurance maladie et/ou d'accident français.



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat :

- Etre une personne active résidant en France et travaillant en Suisse.
- 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 :

- **Informez l'assureur des événements suivants de toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux, notamment :**
 - changements de la situation : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - changement de profession, arrêt temporaire ou définitif de toute activité professionnelle. 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,
 - 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, par lettre recommandée, 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 ?

L'échéance principale du contrat est obligatoirement égale à la date d'effet du contrat.

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.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée sur la proposition d'assurance.

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 l'assuré quitte la France métropolitaine 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.



Barèmes Allianz Frontaliers suisses

Barèmes Allianz Frontaliers suisses									
Budget			Classic			Plus			
FA			FB	FC	FB & FC	FD			
Soins en France	Soins en Suisse		Soins en France		Soins en Suisse	Soins en France	Soins en Suisse		
Hospitalisation (médicale ou chirurgicale, maternité, hospitalisation à domicile dans la limite de 20 jours d'hospitalisation)									
Etablissements conventionnés et non conventionnés									
Frais de séjour, salle d'opération, radios, analyses, pharmacies et appareillages	100 %	En cas d'urgence : Etablissement sous facturation SwissDRG : 100 % de la facturation commune 100 %	150 %	250 %	En cas d'urgence : Etablissement sous facturation SwissDRG : 100 % de la facturation SwissDRG en division commune	350 %	Etablissement sous facturation SwissDRG : 100 % de la facturation SwissDRG en division commune		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 %	SwissDRG :	150 %	250 %	facturation SwissDRG : 100 % de la facturation SwissDRG en division commune	350 %	Autres établissement : Forfait global 2 000 francs suisses/jour		
Chambre Particulière	-	100 % de la facturation SwissDRG en division commune 100 %	50 €/jour	65 €/jour		80 €/jour			
Forfait journalier illimité	Frais réels		Frais réels			Frais réels			
Frais de transport (maximum par assuré et année d'assurance pour les soins en Suisse)	100 %	150 €	100 %	100 %	300 €	100 %	600 €		
Frais d'accompagnant (dans la limite de 20 jours par hospitalisation)	-	-	25 €/jour		-	25 €/jour			
Soins courants remboursés par la Sécurité Sociale									
Radios, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical	100 %		150 %	250 %		350 %			
Consultations et visites de généralistes, spécialistes, analyses, auxiliaires médicaux	100 %		150 %	250 %		350 %			
Vaccins	Frais réels		Frais réels			Frais réels			
Ensemble des fournitures et appareils (petits et grands appareillages, orthopédie...) hors optique et auditif	100 %	-	150 %	250 %	-	350 %	100 % Tarif LAMal		
Médicaments remboursés à 65% (antibiotiques...)	100 %		150 %	250 %		350 %			
Médicaments remboursés à 30% ou 15% (collutoires, pommades...)	100 %		150 %	250 %		350 %			
Frais de transport pour traitement dans un établissement hospitalier	100 %		100 %	100 %		100 %	-		
Cures thermales	-		150 €	250 €		350 €	-		
Soins non remboursés par la Sécurité Sociale : remboursement maximum par assuré et année d'assurance									
Médicaments prescrits	-		50 €			50 €			
Médecines douces (actes d'étiopathes, diététiciens, acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues, pédicures-podologues, sophrologues, naturopathes, hypnose thérapeutique)	-	-	100 €		-	100 €			
Examens, analyses, radios prescrits	-		50 €			50 €			
Vaccins prescrits	-		Frais réels			Frais réels			
Optique / Auditif : remboursement maximum par assuré et année d'assurance									
Monture, verres correcteurs, lentilles acceptées ou non par la Sécurité Sociale	150 €		200 €	300 €		500 €			
Avantages Allianz Santé Service			+ 25 €		-	-			
Bonus par année d'assurance pour les verres avec tiers payant	+ 25 €	-						+ 25 €	-
Prothèse Auditive	100 €		150 €	300 €		500 €	-		
Dentaires remboursés par la Sécurité Sociale									
Soins Dentaires	100 %		150 %	250 %		350 %	350 €		
Prothèses dentaires / Orthodontie (maximum par assuré et année d'assurance)	150 €		300 €	700 €		1 200 €			
Avantages « dentiste partenaire Santéclair » : Bonus par dent du sourire (incisives, canines, prémolaires) en céramique avec tiers payant	+ 30 €	-	+ 30 €		-	+ 30 €	-		

Gamme Classic (garanties FB et FC)

Offre modulaire :

La modularité permet de mixer sur un même contrat une garantie FB et FC, et de choisir en option l'un des renforts ou les deux présentés comme suit :

- Renfort 1 : « Optique et Dentaire »
 - Optique = + 100 €
 - Dentaire = + 300 €

Ce renfort est valable en France et en Suisse sous réserve pour ce dernier que le renfort « Soins en Suisse » soit également souscrit :

- Pour la France, les montants s'ajoutent à ceux indiqués dans le socle de garanties.
- Pour la Suisse, les montants se cumulent à ceux indiqués dans le renfort « Soins en Suisse ».

- Renfort 2 : « soins en Suisse » ajouts des prestations suivantes :

	FB	FC
Hospitalisation (médicale ou chirurgicale, maternité, hospitalisation à domicile dans la limite de 20 jours d'hospitalisation)		
Frais de séjour, salle d'opération, radios, analyses, pharmacies et appareillages		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		Etablissement sous facturation SwissDRG : 100% de la facturation SwissDRG en division commune
Chambre Particulière		Autres établissement : Forfait global 1 300 francs suisses/jour
Forfait journalier illimité		
Soins courants remboursés par la Sécurité Sociale		
Radios, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical		
Consultations et visites de généralistes, spécialistes, analyses, auxiliaires médicaux		
Vaccins		90% Tarif LAMal
Ensemble des fournitures et appareils (petits et grands appareillages, orthopédie...) hors optique et auditif		
Médicaments remboursés à 65% (antibiotiques...)		
Médicaments remboursés à 30% ou 15% (collutoires, pommades...)		
Soins non remboursés par la Sécurité Sociale : remboursement maximum par assuré et année d'assurance		
Médicaments prescrits		
Médecines douces (actes d'étiopathes, diététiciens, acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues, pédicures-podologues, sophrologues, naturopathes, hypnose thérapeutique)		Garanties présentes pour les soins en France accessibles aussi pour les soins en Suisse (forfaits communs aux 2 pays)
Examens, analyses, radios prescrits		
Vaccins prescrits		
Optique / Auditif : remboursement maximum par assuré et année d'assurance		
Monture, verres correcteurs, lentilles acceptées ou non par la Sécurité Sociale		Garanties présentes pour les soins en France accessibles aussi pour les soins en Suisse (forfaits communs aux 2 pays)
Dentaires remboursés par la Sécurité Sociale		
Soins Dentaires	150 €	250 €
Prothèses dentaires / Orthodontie		Garanties présentes pour les soins en France accessibles aussi pour les soins en Suisse (forfaits communs aux 2 pays)