

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 COMPLEMENTAIRE SANTE

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 pré contractuelle 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 UNIM Complémentaire Santé souscrit par l'Union Nationale pour les Intérêts de la Médecine (UNIM) est destiné à rembourser les frais de santé restant à la charge de l'assuré, professionnel médical et paramédical (libéral, indépendant et salarié), et de ses éventuels bénéficiaires, après intervention de la Sécurité sociale. Il respecte les conditions du Cahier des charges des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds (optique et dentaire) 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 la formule choisie, 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 :

- ✓ 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)
- ✓ Allocation natalité ou d'adoption

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 et après celle des cessations des garanties
- ✗ La participation forfaitaire de 1€ 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 leur 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 restrictions de garanties ?

- ! **Hospitalisation** :, prise en charge de l'hospitalisation psychiatrique :
 - limité à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pendant les douze premiers mois
 - Forfait journalier intégral et illimité
 - Chambre particulière non garantie
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement lunette tous les 2 ans à partir de la dernière date d'achat de l'équipement optique, réduite à 1 an à partir de la dernière date d'achat pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.



Dans quel pays je suis couvert ?

En fonction de la formule de garanties, le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en cas de maladie, accident ou maternité réalisées en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outremer, dans les collectivités Outremer (DROM-COM) ainsi qu'à Monaco peut être garanti conformément au détail des garanties accordées au certificat d'adhésion.

Sauf dispositions contraires, cette garantie est subordonnée à la prise en charge des dépenses de santé par le régime légal d'assurance maladie obligatoire de l'Assuré.

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:

- 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 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 des soins.



Quand dois-je payer et comment ?

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.



À quel moment le contrat commence-t-il et à quel moment prend-il fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion.

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 fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré peut mettre fin à son contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat soit au 31/12, en adressant une lettre recommandée à l'assureur ou à son représentant au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire,