

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : ASAF - Association Santé et Action Familiale - Siren 307 513 259 / AFPS - Action Familiale de Prévoyance sociale - SIREN 418 102 604, associations souscriptrices de contrats d'assurances auprès de AXA France Vie et intermédiaires en assurance immatriculés à l'ORIAS.

Produit : **Osalys Essentiel Non Responsable**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne peut remplacer un accompagnement personnalisé par un de nos conseillers. 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 Osalys Essentiel Non Responsable est un contrat d'assurance complémentaire santé modulaire, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des bénéficiaires du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient principalement en complément de la Sécurité sociale mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Non responsable, ce contrat ne propose pas de solutions éligibles au dispositif fiscal Madelin. Ce contrat est ouvert à l'adhésion jusqu'à 80 ans sur les deux premiers niveaux de garantie et jusqu'à 90 ans sur le niveau de garantie le plus élevé (âge par différence de millésime).



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 INCLUSES :

Dans nos contrats « Hospitalisation »

- ✓ **Hospitalisation et maternité :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, confort hospitalier (wifi, TV, frais de transport des visiteurs), transport.

Dans notre autre contrat

- ✓ **Hospitalisation et maternité :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, confort hospitalier (wifi, TV, frais de transport des visiteurs), transport.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, médicaments prescrits et remboursés à 65 % ou 35 % par la Sécurité sociale, matériel médical pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Frais d'optique :** lunettes (monture et verres), lentilles de contact prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale.
- ✓ **Frais dentaires :** soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES :

Dans nos contrats « Hospitalisation »

Hospitalisation et maternité : chambre particulière.

Soins courants et prescriptions médicales : laboratoires, radiologie.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUS :

Dans notre autre contrat

- ✓ Réseau de partenaires à tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires).



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les frais d'hospitalisation en long séjour ou en établissements médico-sociaux.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! Les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Hospitalisation et maternité :**
 - Les frais d'hospitalisation sont limités les 3 premiers mois d'assurance au ticket modérateur sauf en cas d'accident.
 - Les frais de séjour en disciplines spécialisées sont limités à 30 jours par année civile et par assuré.
 - Le forfait journalier hospitalier est soumis à une période d'attente de 3 mois.
 - Le forfait journalier en disciplines spécialisées est limité à 30 jours par année civile et par assuré.
 - La prise en charge de la chambre particulière est soumise à une période d'attente de 3 mois.
 - La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par année civile et par assuré sur le deuxième niveau de garantie.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Aide-ménagère, garde-enfants, garde-enfants malades, soutien scolaire, garde-animaux.

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

- La prise en charge des frais de chirurgie esthétique est limitée au ticket modérateur, sauf si elle est consécutive à un accident ou aux conséquences d'une pathologie documentée.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, nous intervenons en complément et sur la base du régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

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

À la souscription du contrat

- Répondre aux questions posées par des informations complètes et exactes concernant vos données personnelles.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'ASAF&AFPS/GIEPS.
- Payer votre cotisation.

En cours de contrat

- Déclarer tout changement concernant les informations nécessaires à la bonne gestion du contrat (coordonnées, numéro de Sécurité sociale, RIB).
- Déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de modifier le risque (changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de profession). Dans ces cas, l'assuré doit fournir à l'ASAF&AFPS/GIEPS les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de sa cotisation.
- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires selon les modalités prévues dans la Notice d'information.
- Payer vos cotisations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vos cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique en fractionnement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Elles sont également payables par chèque en fractionnement semestriel ou annuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord. L'adhésion est effective pour une année au minimum et se renouvelle par tacite reconduction, jusqu'au 1^{er} janvier de l'année suivante, puis chaque année à l'échéance principale fixée au 1^{er} janvier. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée avec un préavis de 2 mois précédant la fin de la première année d'assurance et pour les années suivantes avec un préavis de 2 mois précédant l'échéance principale fixée au 1^{er} janvier,
- en cas d'adhésion au contrat collectif obligatoire de votre employeur, en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée avec accusé de réception dans les 3 mois de l'adhésion au contrat collectif obligatoire,
- en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée dans les 15 jours suivant la notification du changement de tarif,
- en cas de changement de votre situation personnelle ayant une incidence sur le risque garanti en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée avec accusé de réception dans les 3 mois de la survenance du changement.