

ASSURANCE SOCLE ET COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : QUATREM

Produit : ZEN SANTÉ PRO PREMIUM



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 des garanties.

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

Le produit « Zen Santé Pro Premium » est un produit permettant la souscription à un contrat collectif socle et, le cas échéant, à un contrat collectif complémentaire à adhésion facultative souscrits par l'association des assurés Zenioo au profit de ses membres ayant le statut de travailleurs non-salariés non agricole ou de travailleurs non-salariés agricole ou de séniors. Il permet la couverture de tout ou partie des frais de santé engagés par l'assuré et, le cas échéant, par ses ayants droit au sens du contrat en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Le contrat socle respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables. Le contrat complémentaire est solidaire mais n'est pas tenu de respecter les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations varient en fonction de la formule de garanties choisie. Ils ne peuvent dépasser les dépenses réellement engagées.

Ces informations figurent dans le tableau des garanties. Les garanties précédées d'une coche verte sont prévues avec toutes les formules.

Garanties incluses dans le contrat socle

Hospitalisation

- ✓ Honoraires médicaux et chirurgicaux
- ✓ Forfait journalier hospitalier
- ✓ Frais de séjour
- ✓ Chambre particulière
- ✓ Frais d'accompagnement
- ✓ Transport remboursé par la Sécurité sociale

Soins courants

- ✓ Consultation généraliste/spécialiste
- ✓ Honoraires médicaux : consultations, actes techniques, imagerie médicale
- ✓ Auxiliaires médicaux, analyses, actes de biologie
- ✓ Pharmacie
- ✓ Matériel médical : prothèses orthopédiques, capillaires, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)

Aides auditives

- ✓ Prothèses auditives

Optique

- ✓ Verres et monture
- ✓ Lentilles correctrices remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ Chirurgie de l'œil

Dentaire

- ✓ Soins dentaires
- ✓ Prothèses dentaires
- ✓ Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ Implantologie, orthodontie, parodontologie, prothèses non remboursées par la Sécurité sociale

Prévention

- ✓ Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ Moyens de contraception non remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, psychomotricien, psychologue, hypnothérapeute, naturopathe, étiothérape, pédicure-podologue, tabacologue, sophrologue, ergothérapeute

Prestations sociales

- ✓ Allocation maternité ou adoption (doublée en cas de naissance multiple) ou petit enfant (versée une fois durant la vie du contrat).
- ✓ Soins cure thermale remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursés par la Sécurité sociale

Assistance

- ✓ Aide-ménagère en cas d'immobilisation à domicile ou d'hospitalisation
- ✓ Rapatriement sanitaire en cas d'accident ou maladie lors d'un déplacement à plus de 50 Km du domicile
- ✓ Garde d'enfants en cas d'immobilisation à domicile ou d'hospitalisation,

Garanties incluses dans le contrat complémentaire

Hospitalisation

- ✓ Honoraires médicaux et chirurgicaux non OPTAM

Soins courants

- ✓ Consultation généraliste/spécialiste non-signataire du DPTAM
- ✓ Honoraires médicaux non DPTAM : consultations, actes techniques, imagerie médicale



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Pour les contrats socle et complémentaire santé :

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet des contrats ou la date d'effet de l'adhésion des bénéficiaires.
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation du(des) contrat(s) ou la date de cessation des garanties.
- ✗ En cas d'hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes et médicaux tels que : téléphone, télévision, boissons.
- ✗ Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé.



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

Pour les contrats socle et complémentaire santé :

Le cas échéant, principales restrictions liées au caractère responsable du contrat :

- ! **Participation forfaitaire de 1 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! **Franchise de 2 €** sur les transports sanitaires.
- ! **Franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).
- ! **Optique** : délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (Absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel).
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Aide auditive** : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

Autres restrictions prévues aux contrats :

- ! **Plafonnement des prestations pour** les frais de santé liés à l'implantologie, l'orthodontie, la parodontologie, les prothèses non remboursés par la Sécurité sociale, l'audioprothèse, la chambre particulière, les frais d'accompagnement.
- ! **Frais de séjour, chambre particulière, frais d'accompagnement** : prise en charge exclue en cas d'hospitalisation pour les cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie ou dans les établissements médico-sociaux définis à l'article L.3121 du Code de l'action sociale et des familles.
- ! **Médecine additionnelle et forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursés par la Sécurité sociale**: Forfait limité par an et par bénéficiaire.
- ! **Chirurgie de l'œil** : Forfait limité par œil et par bénéficiaire.
- ! **tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR),**
- ! **tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de notre part, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,**
- ! **cigarette électronique.**



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine (à l'exclusion de la Corse et des DROM COM)
- ✓ A l'étranger à la double condition :
 - d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
 - d'avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

Les garanties d'assistance s'appliquent en France, à l'exception des garanties d'assistance prévues en cas de voyage et déplacement qui s'appliquent en France et/ou à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'assuré entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

Lors de l'adhésion au(x) contrat(s)

L'assuré doit transmettre la demande d'adhésion complétée et signée, indiquant notamment les ayants droit susceptibles de bénéficier du(des) contrat(s). L'assuré ayant le statut de travailleur non salarié doit fournir un extrait k-bis ou toute autre pièce officielle justifiant son statut.

En cours d'adhésion au(x) contrat(s)

L'assuré s'engage à régler les cotisations à l'assureur.

L'assuré doit communiquer toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, ou de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites lors de l'adhésion (notamment de situation professionnelle ou personnelle).

Pour le versement des prestations

L'assuré fournit dans les délais prévus au(x) contrat(s) tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable selon la périodicité choisie par l'assuré (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle), dans les cinq ou douze jours de son échéance.

La cotisation est payable par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début de la couverture

Les garanties prennent effet à la date de l'adhésion au(x) contrat(x) mentionnée au(x) certificat(s) d'adhésion.

Fin de la couverture

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction, chaque année, à la date d'anniversaire de l'adhésion au(x) contrat(s) pour une durée d'un an.

La couverture de l'assuré prend fin à la date de cessation de son adhésion et en tout état de cause à la date de résiliation selon les conditions prévues au(x) contrat(s).

L'adhésion au contrat complémentaire prend fin de plein droit en cas de cessation de l'adhésion au contrat socle.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré peut dénoncer son adhésion au(x) contrat(s) deux mois au moins avant chaque date d'anniversaire. Après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, l'assuré peut dénoncer son adhésion au(x) contrat(s) sans frais ni pénalités. La dénonciation prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par l'assureur de la notification de l'assuré.

Le souscripteur peut résilier le(s) contrat(s) DEUX mois au moins avant chaque date de renouvellement (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi). Le souscripteur a également le droit de résilier le(s) contrat(s) après expiration d'un délai d'un an, sans frais ni pénalités. La résiliation du(des) contrat(s) prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par l'assureur de la notification du souscripteur.

L'assuré et le souscripteur peuvent adresser leur demande :

- soit par lettre ou tout autre support durable,
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur,
- soit par acte extrajudiciaire,
- soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,
- soit par tout moyen prévu par le(s) contrat(s).

Coordonnées utiles pour résilier le(s) contrat(s) :

Génération, 12 bis rue de Kérogan, 29080 Quimper Cedex 9.

QUATREM, SA au capital de 510 426 261 euros, Régie par le Code des assurances, Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris, N° SIREN 412 367 724 RCS Paris, Société du groupe Malakoff Humanis.

ZENIOO distribue le produit, SAS au capital de 1 267 431 €, Immatriculée sous le n° 884 782 582 RCS Lyon et n° 20 005879 ORIAS - www.oriass.com

FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances, SA au capital de 4 100 000 €, Immatriculée sous le n° 433 012 689 RCS Nanterre, www.filassistance.fr.

GÉNÉRATION gère le produit, SAS au capital de 102 766,40 €, Immatriculée au RCS de Quimper sous le numéro 410 069 066, Siège social : 12 bis rue Kerogan 29000 Quimper.