

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AXA FRANCE VIE - Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances -

Siren : 310 499 959

Produit : **Osalys Attitude**

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 Attitude est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident et de maladie. Il intervient principalement en complément de la Sécurité sociale mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Ce contrat propose des solutions éligibles au dispositif fiscal Madelin (sur les formules de garantie du contrat complémentaire). Ce contrat peut être complété par une surcomplémentaire. Ce contrat est ouvert à l'adhésion entre 55 et 75 ans (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 :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, hospitalisation à domicile.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux, analyses et examens de laboratoire, imagerie médicale, honoraires paramédicaux, médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, matériel médical pris en charge par la Sécurité sociale, homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact prescrites prises en charges ou non par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aides auditives**.
- ✓ **Transport**.
- ✓ **Prévention** : vaccins prescrits remboursés par la Sécurité sociale, sevrage tabagique et détartrage annuel.
- ✓ **Téléconsultation médicale**.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES :

- Hospitalisation** : chambre particulière, lit d'accompagnant et confort hospitalier.
- Soins courants** : pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale.
- Optique** : implants intraoculaires multifocaux, opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie et de la presbytie par laser, traitement DMLA.
- Dentaire** : implants, prothèses et parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.



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 :

Sur tous les contrats

- ! La participation forfaitaire de 1 € applicable aux consultations et certains examens médicaux.
- ! La franchise médicale applicable sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

Sur tous les contrats hormis la surcomplémentaire

- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! Hospitalisation :

- Lit accompagnant : limité à 30 jours en hospitalisation par an et par bénéficiaire.
- Soins de suite ou de réadaptation : limités à 30 jours puis au ticket modérateur pour les séjours pris en charge et consécutifs à une hospitalisation et pour les frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale.

Matériel médical : prothèses capillaires non prises en charge.

Médecine non conventionnelle.

Prévention : vaccins prescrits non pris en charge, dépistages de l'ostéoporose et du cancer du côlon, analyses biologiques et radiologies non prises en charge par la Sécurité sociale, bilans.

Cures thermales : frais médicaux, de séjour et de transport.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Aides à domicile et services d'information en cas d'hospitalisation, de chimiothérapie et/ou radiothérapie.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUS :

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

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

! **Optique :** Lunettes limitées en nombre de paires par période et par bénéficiaire.

! **Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale :** limités à un forfait en euros, par an et par bénéficiaire.

! **Dentaire :** implants limités à un forfait en euros, par an et par bénéficiaire.

! **Détartrage annuel :** limité à 2 séances maximum.

! **Aides auditives :** limité à 1 équipement tous les 4 ans.

! **Médecine non conventionnelle et prévention :** limitées à un nombre de séances par an et/ou à un forfait en euros selon la formule de garanties choisie.

! **Cures thermales :** non prises en charges au-delà de 70 ans.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est effectué s'il y a eu une prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire français, et dans la limite des frais engagés.



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.
- 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 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 à votre adhésion, dans les formes prévues à l'article 7 de votre Notice d'Information :

- à l'échéance anniversaire la première année puis à l'échéance annuelle les années suivantes moyennant un préavis de 2 mois ;
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une incidence sur le risque garanti, dans un délai de 3 mois suivant la date de survenance de l'événement accompagné d'un justificatif ;
- en cas de hausse tarifaire à l'initiative de l'assureur sauf si celle-ci résulte d'une modification législative ou réglementaire, dans un délai de 15 jours suivant la notification du changement de tarif ;
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la première souscription.

