

Document d'information sur le produit d'assurance

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

Numéro d'agrément : 542110291

Produit : Police « Allianz Santé TNS »

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 Allianz Santé TNS est destiné à rembourser les frais de santé 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 respecte les conditions du Cahier des charges des contrats responsables.

La part de cotisation liée à votre garantie soins et, optionnellement à vos garanties hospitalières et/ou Forfaits Hospi, et celle de vos ayants droits, rattachés au sens contrat, peuvent ouvrir droit à déduction fiscale (article 154bis du Code général des impôts).



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 prévues :

Remboursement total ou partiel, 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 le cas échéant :

- ✓ Les paniers de bien 100% santé (équipement optique et auditive, soins et prothèses dentaires).
- ✓ Hospitalisation (par exemple : frais liés aux séjours).
- ✓ Médicaments.
- ✓ Soins courants (par exemple : consultations et auxiliaires médicaux, frais de transport).
- ✓ Optique (par exemple : monture, verres simples ou complexes).
- ✓ Dentaire (par exemple : soins dentaires, prothèses).
- ✓ Aides auditives (par exemple : prothèses).
- ✓ Médecines douces (par exemple : diététiciens, acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs).
- ✓ Les Pharmacies prescrites non remboursées par la Sécurité sociale.

Les garanties optionnelles :

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

La garantie Forfaits Hospi (versement d'une allocation forfaitaire selon la nature d'une hospitalisation).

Les renforts en hospitalisation, optique/aides auditives et/ou dentaire.

Les services associés systématiquement prévus :

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les partenaires Santéclair).
- ✓ Service d'analyse de devis.
- ✓ Guide d'informations hospitalières.
- ✓ Guide de l'automédication.

Assistance :

Aide-ménagère en cas d'hospitalisation.

Rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident à l'étranger.

Les garanties et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet de l'adhésion.
- ✗ 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 service 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).
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.



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

Principales exclusions :

- ! La participation forfaitaire de 1 euro et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraire si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

Principales restrictions :

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un assuré de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour celui de 16 ans et plus.
- ! **Auditif** : versement d'un forfait par oreille tous les 4 ans.





Où suis-je couvert(e) ?

✓ **Les garanties s'exercent en France métropolitaine, Martinique et Guadeloupe.**

✓ **En dehors de ces territoires :**

Pour les soins habituellement remboursés par la Sécurité sociale française, il faut que celle-ci continue de les prendre en charge pendant le séjour. Les prestations sont réglées sur la base du taux de remboursement indiqué dans le tableau de garantie au titre des « Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française ».

Pour les soins courants non pris en charge habituellement par le régime obligatoire français (ex : Implants, médecines douces...), ils sont remboursés comme s'ils avaient été dispensés en France métropolitaine, Martinique ou Guadeloupe. A savoir : leur prise en charge se fait dans la limite des forfaits correspondants mentionnés dans le barème de remboursement.



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat :

- 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 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 français d'assurance maladie et maternité,
- changement de profession. 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 ?

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 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 fixées au contrat.

Lorsque l'assuré quitte la France métropolitaine, la Martinique et/ou la Guadeloupe 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.



	CONFORT				PREMIUM		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
Hospitalisation							
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires							
Participation forfaitaire	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux							
• Médecins DPTAM	100%	145%	170%	220%	300%	400%	400%
• Médecins non DPTAM	100%	125%	150%	200%	200%	200%	200%
Séjours en médecine, chirurgie, psychiatrie, hospitalisation à domicile, maternité, soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés (établissements conventionnés et non conventionnés)							
Frais de séjour	100%	125%	150%	200%	300%	400%	400%
Chambre particulière (par jour) y compris en ambulatoire	30 €	40 €	50 €	70 €	100€	125€	150€
Frais de transport	100%	125%	150%	200%	300%	400%	400%
Actes de chirurgie en cabinet médical							
• Médecins DPTAM	100%	145%	170%	220%	300%	400%	400%
• Médecins non DPTAM	100%	125%	150%	200%	200%	200%	200%
Frais d'accompagnant (par jour) dans la limite de 20 jours par hospitalisation	10€	15€	20€	30€	40€	40€	40€
Frais annexes (par jour) (TV/ Téléphone/Wifi) dans la limite de 20 jours par hospitalisation	-	-	-	-	5€	5€	5€
Soins courants							
Honoraires paramédicaux	100%	125%	150%	200%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux							
Consultations et visites de généralistes, spécialistes							
• Médecins DPTAM	100%	145%	170%	220%	220%	300%	400%
• Médecins non DPTAM	100%	125%	150%	200%	200%	200%	200%
Radiologie, imagerie, échographie, actes techniques médicaux							
• Médecins DPTAM	100%	145%	170%	220%	220%	300%	400%
• Médecins non DPTAM	100%	125%	150%	200%	200%	200%	200%
Analyses et examens de laboratoire	100%	125%	150%	200%	200%	300%	400%
Médicaments							
Médicaments et actes remboursés à 65%	100%	100%	100%	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Médicaments et actes remboursés à 30% ou 15%	100%	100%	100%	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Vaccins prescrits	100%	100%	100%	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Matériel médical (hors optique et auditif)							
Petits et grands appareillages	100%	125%	150%	200%	200%	300%	400%
Prothèse capillaire	100%	125%	150%	200%	200%	300%	400%
Frais de transport	100%	125%	150%	200%	200%	300%	400%
Cures thermales	100%	125% +75€	150% +150€	200% +200€	200% + 200€	300% + 300€	400% + 300€
Soins non remboursés par la Sécurité sociale (remboursement par année d'assurance)							
Médicaments prescrits	50 €	60 €	65 €	70 €	75 €	100 €	150 €
Médecines douces (actes d'étiopathe, diététicien, acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, psychologue, homéopathe, ergothérapeute, kinésithérapie, cryothérapie)	100 €	100 €	100 €	100 €	120 €	200 €	280 €
Examens, analyses, radios prescrits	50 €	50 €	50 €	50 €	75 €	100 €	150 €
Sports prescrits/Abonnement appli Santé/Objets connectés (bracelet, tensiomètre, glucomètre)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Vaccins prescrits	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels



	CONFORT				PREMIUM		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
Optique							
Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par période de 2 ans (sauf pour les assurés de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour ceux de 16 ans et plus) dont plafond de remboursement pour la monture à 100 €							
Equipements 100% santé	Frais réels				Frais réels		
Verres de classe A							
Monture de classe A							
Equipements de classe B							
Monture	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	85 €	100 €
Verre de « correction simple »	35 €	55 €	75 €	95 €	115 €	155 €	160 €
Verre de « correction complexe ou très complexe »	85 €	95 €	105 €	120 €	140 €	180 €	300 €
Lentilles (acceptées ou refusées par la SS)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €
Prestation d'adaptation	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Plafond de remboursement (hors 100% Santé) par personne assurée et année d'assurance pour l'équipement lunette et les lentilles	300 €	350 €	400 €	450 €	500 €	600 €	700 €
Avantages « opticien partenaire Santéclair » : bonus par année d'assurance pour les verres	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	-	-
Chirurgie réfractive pour correction de la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et implant pour la cataracte : versement d'un forfait par œil	-	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Aides auditives							
Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par oreille par période de 4 ans							
Equipements 100% santé (classe I)	Frais réels				Frais réels		
Prothèses de classe II	100%	200 €	300 €	400 €	600 €	800 €	1 000 €
Piles	100%	125%	150%	200%	200%	300%	400%
Avantages « partenaire Santéclair » sur les prothèses de classe II (à compter du 01/01/2021)	Frais réels dans la limite du PLV de la classe I				Frais réels dans la limite du PLV de la classe I		
Dentaire							
Soins et prothèses 100% santé	Frais réels				Frais réels		
Soins	100%	125%	150%	200%	300%	400%	500%
Prothèses	125%	150%	200%	250%	300%	400%	500%
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale							
Traitement par semestre	100%	100 €	200 €	300 €	350 €	450 €	550 €
Contention : remboursement maximum par année d'assurance	100%	50 €	100 €	150 €	175 €	225 €	275 €
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale (remboursement maximum par année d'assurance)							
Implant, Parodontie, Orthodontie et autres prothèses dentaires	-	100 €	200 €	300 €	700 €	850 €	1 000 €
1 implant dans le réseau « dentiste partenaire Santéclair » par assuré et année d'assurance	-	1 200 €	1 200 €	1 200 €	1 200 €	1 200 €	1 200 €
Autres prestations							
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Préventions et services							
Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Santéclair	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Allianz assistance	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus



Renfort Sérénité (Hospitalisation)		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Honoraires		
Participation forfaitaire		Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM	400%
	Médecins non DPTAM	200%
Séjours en médecine, chirurgie, psychiatrie, hospitalisation à domicile, maternité, soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés (établissements conventionnés et non conventionnés)		
Frais de séjour		400%
Chambre particulière (par jour) y compris en ambulatoire		125€
Frais de transport		400%
Actes de chirurgie en cabinet médical	Médecins DPTAM	400%
	Médecins non DPTAM	200%
Frais d'accompagnant (par jour) dans la limite de 20 jours par hospitalisation		40€
Frais annexes (par jour) (TV/Téléphone/Wifi) dans la limite de 20 jours par hospitalisation		5€

Renfort Optique & Aides Auditives	CONFORT	PREMIUM
Optique		
Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par période de 2 ans (sauf pour les assurés de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour ceux de 16 ans et plus) dont plafond de remboursement pour la monture à 100 €		
Equipements 100% santé		
Verres de classe A	Frais réels	Frais réels
Monture de classe A		
Equipements de classe B		
Monture	60 €	85 €
Verre de « correction simple »	95 €	155 €
Verre de « correction complexe ou très complexe »	120 €	180 €
Lentilles (acceptées ou refusées par la SS)	250 €	400 €
Prestation d'adaptation	100%	100%
Plafond de remboursement (hors 100% Santé) par personne assurée et année d'assurance pour l'équipement lunette et les lentilles	450 €	600 €
Avantages « opticien partenaire Santéclair » : bonus par année d'assurance pour les verres	25 €	-
Chirurgie réfractive pour correction de la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et implant pour la cataracte : versement d'un forfait par œil	150 €	250 €
Aides auditives		
Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par oreille par période de 4 ans		
Equipements 100% santé (classe I)	Frais réels	Frais réels
Prothèses de classe II	400 €	800 €
Piles	200%	300%
Avantages « partenaire Santéclair » sur les prothèses de classe II (à compter du 01/01/2021)	Frais réels dans la limite du PLV de la classe I	Frais réels dans la limite du PLV de la classe I

Renfort Dentaire	CONFORT	PREMIUM
Soins et prothèses 100% santé	Frais réels	Frais réels
Soins	200%	400%
Prothèses	250%	400%
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale		
Traitement par semestre	300 €	450 €
Contention : remboursement maximum par année d'assurance	150 €	225 €
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale (remboursement maximum par année d'assurance)		
Implant, Parodontie, Orthodontie et autres prothèses dentaires	300 €	850 €
1 implant dans le réseau « dentiste partenaire Santéclair » par assuré et année d'assurance	1 200 €	1 200 €



Gammes Confort

Le niveau choisi (1, 2, 3 ou 4) vise tous les domaines (Hospitalisation, Soins courants, Optique, Aides auditives et Dentaire)

Renforts possibles en option :

- **Sérénité** : concerne l'Hospitalisation et possible pour les 4 niveaux
- **Optique/Aides auditives Confort** : possible pour les niveaux 1, 2 et 3
- **Dentaire Confort** : possible pour les niveaux 1, 2 et 3

Les garanties des renforts remplacent celles indiquées aux niveaux 1, 2 et 3.

Le renfort Sérénité remplace aussi les garanties du niveau 4.

Gammes Premium

Le niveau choisi (5, 6 ou 7) vise tous les domaines (Hospitalisation, Soins courants, Optique, Aides auditives et Dentaire)

Renforts possibles en option :

- **Optique/Aides auditives Plus** : possible pour le niveau 5
- **Dentaire Plus** : possible pour le niveau 5

Les garanties des renforts remplacent celles indiquées au niveau 5.

