

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 : **Proximité Santé**

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 Proximité Santé est un contrat d'assurance santé complémentaire 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. 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 jusqu'à 90 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 et maternité :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais de transport, matériel médical pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, médicaments prescrits et remboursés par la Sécurité sociale, médicaments non remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique :** lunettes (monture et verres), lentilles de contact prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire :** soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, parodontologie.
- ✓ **Aides auditives.**
- ✓ **Prévention & Bien-être :** vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, sevrage tabagique, médecine douce (ostéopathe, étio-pathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe, micro-kinésithérapeute, psychologue, kinésiologue), licence sportive.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES :

- Hospitalisation :** chambre particulière, lit pour accompagnant, confort hospitalier (wifi, TV, téléphone, frais de transport des visiteurs).
- Optique :** opérations par laser (myopie, hypermétropie et presbytie), implants intra oculaires, traitement DMLA.
- Dentaire :** prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie et implantologie non remboursées 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.
- ✗ La chambre particulière dans un établissement non conventionné.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

Sur tous les contrats

- ! 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.

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 et maternité :

- Les frais d'hospitalisation sont limités les trois premiers mois d'assurance au ticket modérateur sauf en cas d'accident.
- La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours ou 60 jours selon les formules de garantie par année civile et par assuré en séjour spécialisé.
- La prise en charge du lit pour accompagnant est limitée à 15 jours par année civile et par assuré.

Prévention : activité physique adaptée sur prescription du médecin traitant, analyses biologiques et radiologie non remboursées par la Sécurité sociale, dépistage de l'ostéoporose, du cancer du côlon et du cancer du col de l'utérus, bilan nutritionnel.

Forfait naissance – adoption

Cure thermale

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUS :

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

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Aide-ménagère, garde des enfants ou des petits-enfants, garde de personne dépendante, garde enfants malades, soutien pédagogique, garde-animaux, livraison de repas, rapatriement médical, retour des assurés.

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

- La prise en charge des frais de confort hospitalier est limitée à 15, 20 ou 30 jours selon la formule de garantie par année civile et par assuré pour les contrats bénéficiant de la garantie.
- Les honoraires médicaux en psychiatrie et neuropsychiatrie sont limités à partir de la 9^e consultation au ticket modérateur.
- 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.

! Optique :

- La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans (sauf pour les enfants moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ou d'inadaptation de l'équipement).

! Aides auditives :

- La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 ans.



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.
- 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.

