

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'assuré. L'information complète sur ce produit se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

L'assurance complémentaire santé garantit à l'assuré le remboursement de tout ou partie des frais de santé occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française selon les conditions précisées ci-dessous.

Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Ce contrat est éligible au dispositif Madelin. Il prévoit également des prestations d'assistance.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garanties systématiquement prévues

- ✓ **Frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale** : Frais de transport, honoraires et soins, forfait journalier hospitalier, frais de séjour, d'exams, d'anesthésie
- ✓ **Frais médicaux**: Honoraires des médecins, des auxiliaires médicaux, analyses médicales, radiologie, médicaments pris en charge par le Régime obligatoire, prothèses orthopédiques et appareillages médicaux
- ✓ **Frais dentaires**: prothèses dentaires « 100% santé » et du panier libre et maîtrisé, soins dentaires, consultations, orthodontie acceptée par le Régime obligatoire,
- ✓ **Frais d'optique**: Lunettes (1 monture et 2 verres) dont équipement « 100% santé » et lentilles.
- ✓ **Aides auditives** : audioprothèses acceptées par la Sécurité sociale « 100% santé » et du panier libre (à partir du 01/01/2021)
- ✓ **Frais liés à la maternité** : Dépassements d'honoraires des consultations et des frais d'accouchement
- ✓ **Frais de soins de cure thermale**: Hors hospitalisation
- ✓ **Frais de psychiatrie et de neuropsychiatrie**: Consultations, visites et traitements en psychiatrie ou en neuropsychiatrie prescrits dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés.
- ✓ **Garantie d'activité physique de prévention**

Garanties optionnelles

Hospitalisation: supplément dû au titre d'une chambre particulière et lit d'accompagnant

Médecines douces: ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique
Actes de pédicurie-podologie effectués par un pédicure-podologue assermenté

Actes de parodontologie et implantologie

Opération de la vision au laser

Médicaments prescrits non remboursés par le Régime obligatoire

Services systématiquement prévus

- ✓ Tiers payant
- ✓ Espace Internet dédié pour faciliter les démarches en ligne

Assistance systématiquement prévue

- ✓ Recherche et livraison de médicaments, en France, avance de frais si nécessaire, en cas d'accident ou de maladie au domicile
- ✓ Garde des enfants, des personnes dépendantes, garde ou transfert des animaux domestiques, en cas d'hospitalisation d'au moins 24 heures ou en cas de décès avec possibilité d'avance de fonds aux ayant droit du bénéficiaire décédé
- ✓ Visite d'un membre de la famille, aide de vie, frais de téléviseur, en cas d'hospitalisation supérieure à 5 ou 8 jours en maternité
- ✓ Frais médicaux et chirurgicaux à l'étranger
- ✓ Equipe médicale à l'écoute des bénéficiaires 24h/24 et 7j/7 pour répondre à leurs questions et les conseiller

Plafonds

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garantie. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à charge de l'assuré.

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les dépenses de santé effectuées avant la date d'effet de l'adhésion
- ✗ 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 du contrat responsable:

- ! la contribution forfaitaire à la charge de l'assuré (1€);
- ! les dépassements d'honoraires que pratiquent certains médecins spécialistes lorsque la consultation est faite sans prescription préalable du médecin traitant et hors d'un parcours de soins;
- ! les frais d'interventions ou de traitements à but esthétique, de rajeunissement ou préventif, de cures diététiques ou de thalassothérapie lorsque ces frais ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire;
- ! les séjours dans un centre ou une unité de long séjour pour personnes âgées;
- ! les séjours en institut médico-pédagogique ou en maison d'enfants à caractère sanitaire ou en maison d'accueil spécialisé;
- ! la majoration de la participation financière correspondant à la baisse du taux de remboursement du Régime Obligatoire en cas de non respect du parcours de soin de l'assuré ou de refus d'accès au dossier médical de l'assuré;
- ! les dépassements d'honoraires motivés par une exigence particulière de temps ou de lieu, autres que les majorations de dimanche, de nuit ou indemnités de déplacement conventionnellement admises.

Principales restrictions:

- ! appareillage optique : remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, réduit à un an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 16 ans ;
- ! les remboursements viennent en déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes. Dans tous les cas, le cumul des remboursements obtenus ne peut excéder le montant de la dépense réelle ;
- ! les hospitalisations psychiatriques ne sont couvertes qu'en établissement conventionné. Le remboursement est limité au ticket modérateur et au forfait journalier hospitalier;
- ! la garantie d'activité physique de prévention : Prise en charge de 5 séances, à raison de 2 séances maximum par semaine, pour 3 forfaits journaliers hospitaliers consécutifs dans la limite de 2 hospitalisations par an;
- ! la formule de couverture ne peut jamais être modifiée à la baisse pendant la première année d'adhésion, ou moins d'un an après une augmentation des garanties.



Où suis-je couvert (e) ?

- ✓ En France
- ✓ À l'étranger, lors d'un séjour temporaire : les frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation seront pris en charge sous condition d'intervention de la Sécurité sociale française



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties,

A la souscription

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par Cardif
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

En cours de contrat

- Déclarer, dans un délai de 3 mois, tout changement de situation ayant une influence directe sur les garanties

En cas de sinistre

- Transmettre l'ensemble des justificatifs demandés par Cardif
- Appeler AXA Assistance avant toute intervention, en indiquant le numéro de contrat BNP Protection Santé Madelin



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle peut être fractionnée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement. L'adhérent choisit le jour du prélèvement: le 5, le 10 ou le 15 du mois de prélèvement. Le paiement des cotisations intervient par prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet :

En cas d'adhésion en agence: à la date indiquée sur les conditions particulières.

En cas d'adhésion par téléphone:

- soit à l'expiration d'un délai légal de renonciation de 14 jours calendaires révolus. Ce délai court à compter de la date de réception de la notice d'information et des conditions particulières, envoyées à la suite de l'appel téléphonique au cours duquel l'assuré a donné son consentement. Ces documents sont considérés avoir été reçus 7 jours ouvrés après l'appel téléphonique.
- soit immédiatement, à la date de conclusion de l'adhésion si l'assuré en fait la demande expresse. Pour cela, l'assuré manifeste son choix lors de l'appel téléphonique.

En cas de vente par internet:

- soit à l'expiration d'un délai légal de renonciation de 14 jours calendaires révolus courant à compter de la date de signature des conditions particulières;
- soit à la date de signature des conditions particulières si l'assuré en fait la demande expresse. Pour cela, l'assuré manifeste son choix en cochant la case correspondante sur les conditions particulières.

Le contrat est conclu pour une période qui prend fin le 31 mars suivant l'adhésion. Il se renouvelle ensuite au 1^{er} avril de chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Le contrat prend fin :

à la date du décès de l'adhérent ;

en cas de résiliation du contrat par l'adhérent, Cardif ou l'UFEP.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation s'effectue :

- 1 mois avant la date de renouvellement fixée au 31 mars,
- dans les 3 mois suivant la modification de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en adressant à l'assureur une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.

La résiliation du contrat s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, à l'adresse suivante: BNP Paribas Protection Santé CS 51 020 - 59 447 Wasquehal Cedex,

CARDIF-Assurances Vie - S. A. au capital de 719 167 488 euros - 732 028 154 R.C.S Paris - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris.
Bureaux : 8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex - France - Tél. 01 41 42 83 00

AXA Assistance France Assurances - S.A au capital de 51 275 660 euros. 451 392 724 R.C.S Nanterre –Siège social : 6, rue André Gide 92 320 Châtillon, dénommée AXA Assistance.