

Assurance Complémentaire Santé Individuelle

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurance : AXA FRANCE IARD - Entreprise régie par le Code des assurances



Compagnie d'assistance : FRAGONARD ASSURANCES - Entreprise régie par le Code des assurances.

Produit : BiomaX

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 de garanties.

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

Ce produit d'assurance complémentaire santé individuelle « BiomaX » 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. Le produit respecte les conditions du cahier des charges des contrats responsables et solidaires. Il est souscrit dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite « Loi Madelin » et permet ainsi de bénéficier d'avantages fiscaux sous certaines limites et conditions. Il offre également des prestations d'assistance



Qu'est ce qui est assuré ?

Le produit « BiomaX » est constitué de 4 modules **obligatoires** de garanties « Soins courants, pharmacie et prévention », « Dentaire », « Optique et appareillages » et « Hospitalisation, maternité et cure thermale » ; Chacun des modules comportant plusieurs niveaux de garanties (A, B, C et D) dont le choix est à la discrétion de l'assuré sous réserve des conditions fixées par le contrat.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation et Maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Médecine courante** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, pharmacie à service médical rendu
- ✓ **Prévention** : Frais de médicaments et vaccins médicalement prescrits et non pris en charge pas la Sécurité Sociale, une partie de cette enveloppe est dédiée à l'automédication.
- ✓ **Pharmacie** : Sont pris en charge les frais de médicaments prescrits remboursés par la Sécurité Sociale, restant à votre charge.
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes bridges), orthodontie
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verre), lentilles de contact
- ✓ **Appareillages** : Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, béquilles, semelles orthopédiques, prothèses auditives, fauteuils roulants...
- ✓ **Cure thermale** : Sont pris en charge les frais médicaux, c'est-à-dire, le forfait de surveillance médicale et le forfait thermal, dès lors qu'ils ont fait l'objet d'un remboursement de la part de la Sécurité Sociale.
- ✓ **Assistance**
 - Livraison de médicaments à Domicile
 - Aide ménagère à domicile
 - Garde à Domicile des enfants (plafond : 24h maximum en cas d'hospitalisation d'un des parents ou 30h maximum en cas d'immobilisation de l'enfant)
 - Garde des animaux de compagnie (plafond : 230 € par évènement)
 - Informations santé et obsèques par téléphone

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les actes non reconnus par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité sauf actes prévus dans le tableau des garanties ;
- ✗ Les actes ou soins ayant une date de soins ou d'achat antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion au contrat et/ou postérieurs à la résiliation de l'adhésion au contrat;
- ✗ Les demandes de remboursement présentées au-delà de 2 ans suivant la date des soins ;
- ✗ Les soins engagés à l'étranger sans prise en charge du régime obligatoire ;
- ✗ Les traitements médicaux ou chirurgicaux à caractère esthétique non consécutifs à un accident garanti ;
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans des établissements ou services limitativement énumérés dans la Notice d'information
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux (ex. : les MAS ou les EHPAD)
- ✗ Les actes dentaires, l'équipement optique et tous soins garantis au titre de l'adhésion au contrat, ne donnant pas lieu à un remboursement du Régime Obligatoire, s'ils ne sont pas réalisés ou achetés en France métropolitaine et dans les DOM ;
- ✗ Les lunettes et lentilles autres que correctrices
- ✗ Toute demande de remboursement d'implant dentaire formulée avant la phase de la pose du pilier prothétique ne peut donner lieu au paiement du supplément de remboursement ;



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

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- ! Les soins dispensés ou les dépenses engagées, après la date de cessation du contrat;
- ! Les couronnes provisoires (exclusion du supplément de remboursement)
- ! Les maladies chroniques
- ! Les interruptions volontaires de grossesse



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'exercent en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer (DOM)
Sauf dispositions contraires, elles sont subordonnées à la prise en charge des dépenses de santé par le régime légal d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire.
Les soins dispensés à l'occasion d'un déplacement à l'étranger ne sont couverts qu'en complément des prestations versées par le régime légal du bénéficiaire.
- ✓ Les prestations d'assistance s'appliquent en France uniquement.



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat :

- Répondre avec exactitude aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque lui permettant d'apprécier les risques qu'il prend en charge
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- Régler la cotisation (ou la fraction de cotisation) indiquée au contrat

En cours de contrat :

- Déclarer dans un délai de 15 jours toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques couverts ou d'en créer de nouveaux et qui modifient les réponses faites précédemment

En cas de sinistre :

Les pièces nécessaires au paiement des prestations doivent être transmises par l'Adhérent au plus tard dans un délai de 2 ans à compter de la date où les frais ont été exposés.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le paiement de la cotisation intervient à la souscription du contrat et chaque année à l'échéance. Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement par fractionnement mensuel peut aussi être accordé.

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique,



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux Dispositions Particulières.

Le contrat 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'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat par recommandé dans les cas et conditions prévus au contrat.

Sous réserve que le contrat couvre le souscripteur en tant que personne physique en dehors de toutes activités professionnelles, la résiliation peut aussi être demandée :

- A la date d'échéance principale du contrat, en adressant un recommandé au moins deux mois avant cette date
- Chaque année lors du renouvellement du contrat, dans les vingt jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance