Mandat résiliation contrat santé

Je soussigné M PRESTOT JORDY demeurant 47 B ROUTE DE BOURBRIAC 22200 GUINGAMP donne mandat à la société Allianz IARD pour agir en mon nom et pour mon compte, afin de résilier mon contrat de complémentaire santé n° _____ conclu auprès de (indiquer le nom de l'ancien OCAM et adresse)

_____

_____

pour l'ensemble des risques qu'il couvre.

Je souhaite que la résiliation prenne effet :

☐ le |__|__|__|__|__|__|__|__| (indiquer la date selon le délai légal),

☐ le dernier jour du mois civil au cours duquel survient l'expiration du délai d'un mois légalement prévu.

Je reconnais par ailleurs donner mon accord pour souscrire un nouveau contrat de complémentaire santé auprès d'Allianz.

Le : 16/10/2026
A ERNEE

Signature Mandataire :
Précédée de la mention « Bon pour acceptation de mandat »

Signature du Mandant :
Précédée de la mention « Bon pour mandat »

Assurance Complémentaire Santé individuelle

Allianz

Document d'information sur le produit d'assurance

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

Numéro d'agrément : 542 110 291

Produit : Police « Allianz Santé Essentielle »

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 (https://www.allianz.fr/assurance-sante/actifs/).

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

Le produit Allianz Santé Essentielle 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 propose également des services. Le produit ne respecte pas les conditions du Cahier des charges des contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

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 :

- ✓ Hospitalisation (par exemple : frais liés aux séjours).
- ✓ Pharmacie.
- ✓ 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).

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 dépenses liées aux séjours effectués dans les établissements :
  - – Ne relevant pas de la Loi Hospitalière tels qu'identifiés au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux,
  - – Relevant de la Loi Hospitalière et faisant partie des catégories d'établissements dénommés au Fichier National des Établissements Sanitaires comme suit : établissements de soins de longue durée, centre médico-pédagogique, atelier thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, service médico-psychologique régional, centre postcures pour alcooliques.
- ✘ Les dépenses liées aux cures.
- ✘ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✘ Les dépenses liées aux séjours dans les établissements médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS), dans les services médico-sociaux ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

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

Principales exclusions :

- ! La participation forfaitaire de 2 € et les franchises sur les boites 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.
- ! Les paniers du 100% Santé.
- ! L'orthodontie.
- ! La chirurgie réfractive.

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.

REG41583 - V09/26 - Création graphique Composer

Où suis-je couvert(e) ?

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

✓ **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.

Quelles sont mes obligations ?

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

À 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 :
Informer 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, la Guadeloupe, la Réunion, la Guyane ou Mayotte 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, une lettre simple ou un e-mail à l'assureur ou à son représentant au moins deux mois avant cette date,
– à tout moment par lettre recommandée, lettre simple, e-mail, à l'expiration d'un délai de 1 an, à compter de la première adhésion. La résiliation prend effet 1 mois après que l'assureur en ait reçu notification,
– 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.

Allianz IARD
Entreprise régie par le Code des assurances
SA au capital de 991.967.200 €

1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
542 110 291 RCS Nanterre
www.allianz.fr

REG41583 - V09/26 - Création graphique Composer

Barèmes de prestations : Allianz Santé Essentielle

Hospitalisation, Soins courants, Optique, Aides auditives et Dentaire	Niveau 2
Renfort Optique et Aides Auditives	-
Renfort Dentaire	
Renfort « Sérénité » en cas d'hospitalisation	-
Votre garantie est codifiée sur vos documents	MH2O2D2C

Hospitalisation	
Forfait journalier hospitalier	**Frais réels**
Forfait patient urgences	**Frais réels**
Honoraires	
Participation forfaitaire	**Frais réels**
Honoraires médicaux et chirurgicaux	**150%**
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	**150%**
Chambre particulière (par jour) y compris en ambulatoire	**50€**
Chambre particulière en psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (par jour et dans la limite de 45 jours par année d'assurance) y compris en ambulatoire	**25€**
Frais de transport	**150%**
Actes de chirurgie en cabinet médical	**150%**
Frais d'accompagnant (par jour) dans la limite de 20 jours par hospitalisation	**20€**
Frais annexes (par jour) (TV/Téléphone/Wifi) dans la limite de 20 jours par hospitalisation	**-**
Soins courants	
Honoraires paramédicaux	**150%**
Honoraires médicaux	
Consultations et visites de généralistes, spécialistes	**150%**
Radiologie, imagerie, échographie, actes techniques médicaux	**150%**
Analyses et examens de laboratoire	**150%**
Séances de psychologue remboursées par la Sécurité sociale (Mon soutien psy)	**100%**
Médicaments	
Médicaments et actes remboursés à 65%	**100%**
Médicaments et actes remboursés à 30% ou 15%	**100%**
Vaccins prescrits	**100%**
Matériel médical (hors optique et auditif)	
Petits et grands appareillages	**150%**
Prothèse capillaire	**150%**
Frais de transport	**150%**
Cures thermales	**-**
Soins non remboursés par la Sécurité Sociale (remboursement par année d'assurance)	
Médicaments prescrits	**-**
Médecines douces (actes d'étiopathe, diététicien, acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, psychologue, homéopathe, ergothérapeute, kinésithérapie, cryothérapie,sophrologue, neuropsychologue et psychothérapeute)	**75€**
Examens, analyses, radios prescrits	**-**
Sports prescrits/Abonnement appli Santé***/Objets connectés (bracelet, tensiomètre, glucomètre)	**-**
Vaccins prescrits	**-**
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 €	
Montures et verres correcteurs (acceptés par la Sécurité sociale) et Lentilles (acceptées ou refusées par la Sécurité sociale)	
1ère année	**150€**
Bonus Fidélité : à compter de la 2ème année d'adhésion : + 25€	**175€**
Bonus Fidélité : à compter de la 3ème année d'adhésion : + 50€	**200€**
Prestation d'adaptation	**100%**
Chirurgie réfractive pour correction de la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie,la presbytie et implant pour la cataracte : versement d'un forfait par œil	**-**
Aides auditives	
Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par oreille par période de 4 ans	
Prothèse y compris entretien	**250€**
Piles	**100%**
Avantages « partenaire Santéclair » sur les prothèses	**-**
Dentaire	
Soins	**150%**
Prothèses et inlays-onlays	
1ère année	**150%**
Bonus Fidélité : à compter de la 2ème année d'adhésion : + 25 %	**175%**
Bonus Fidélité : à compter de la 3ème année d'adhésion : + 50%	**200%**

Plafond de remboursement par assuré et année d'assurance pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale	**800€**
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	
Traitement par semestre	**-**
Contention : remboursement maximum par année d'assurance	**-**
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale (remboursement maximum par année d'assurance)	
Implant, Parodontie et autres prothèses dentaires	**150€**
1 implant dans le réseau « dentiste partenaire Santéclair" par assuré et année d'assurance	**-**
Autres prestations	
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	**100%**
Préventions et services	
Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale	**Inclus**
Santéclair	**Inclus**
Allianz assistance	**Inclus**
Allianz Assistance	
Allianz Assistance 24h sur 24, 7j sur 7 sur simple appel de votre part: • Pour les assurés qui résident en France métropolitaine : - Pour les appels depuis la métropole : 01.40.25.52.43 - Pour les appels depuis l'étranger : +33.1 40.25.52.43 • Pour les assurés qui résident en Martinique, Guadeloupe, Guyane, à Mayotte ou à La Réunion - Pour les appels depuis ces territoires : 09 69 32 04 90* - Pour les appels depuis l'étranger : +33 1 42 99 03 11* *(numéro non surtaxé)	

Les prestations sont exprimées en % de la base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale, du prix limite de vente (PLV) pour la garantie "Prestation d'adaptation", et incluent le remboursement de votre caisse de Sécurité sociale. Ces prestations sont accordées dans la limite de ce que vous payez réellement, n'interviennent que sur les postes dont la Sécurité sociale accepte la prise en charge (sauf pour les soins non remboursés par celle-ci précisés au barème) et plafonnées aux honoraires limites de facturation ou au prix limites de vente.

(***) Pour les applications Santé, sont ciblés les applis sportives, diététique, de suivi cardiaque et du diabète

Exemples de remboursement [1] en euros : Allianz Santé Essentielle - MH2O2D2C - 2026

Allianz

Contrat d'assurance santé non responsable [2]	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) [3]	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient) [6]	79,00 €	Non remboursé	Non remboursé	50,00 €	29,00 €
Séjour avec actes lourds ***L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé***					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	**Différent selon public/privé**	**BR**	**BR - 24 €**	**24 €**	**0 €**
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	**Dépassements maîtrisés**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	35,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	**Honoraires libres**	**BR**	**100 % BR**	**Selon contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgiens	486,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	78,45 €
Séjour sans actes lourds ***L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé***					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	**Différent selon public/privé**	**BR**	**80 % BR**	**20% BR**	**0,00 €**
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	**Tarif de convention**	**BR**	**70 % BR - 2 € [5]**	**30% BR**	**2 € de participation forfaitaire [5]**
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	**Dépassements maîtrisés**	**BR**	**70 % BR - 2 € [5]**	**30% BR + dépassement si prévu au contrat**	**2 € de participation forfaitaire [5] plus dépassement selon contrat**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	**Honoraires libres**	**BR**	**70 % BR - 2 € [5]**	**30% BR + dépassement si prévu au contrat**	**2 € de participation forfaitaire [5] plus dépassement selon contrat**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 ans à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	18,40 €	27,50 €

Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	18,40 €	33,50 €
Matériel médical	**Tarif moyen facturé**	**BR**	**60 % BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	**Honoraire limite de facturation (HLF)**	**BR**	**60 % BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	108,00 €	335,00 €
Soins (hors 100% santé)	**Tarif de convention**	**BR**	**60 % BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	**Prix moyen national**	**BR**	**60 % BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	108,00 €	381,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	**Prix moyen national**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	520,60 €
Optique					
Equipement 100% santé	**Prix limite de vente (PLV)**	**BR**	**60 % BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	94,30 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	150,00 €	22,20 €
Equipement (hors 100% santé)	**Prix moyen national**	**BR**	**60 % BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : verres simples et monture (remboursement global) Hors réseau Santéclair Ex : verres simples et monture (remboursement global) Dans réseau Santéclair	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	150,00 €	221,91 €
Ex : verres progressifs et monture (remboursement global) Hors réseau Santéclair Ex : verres progressifs et monture (remboursement global) Dans réseau Santéclair	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	150,00 €	489,91 €
Lentilles	**Prix moyen national** [6]	**Pas de prise en charge (dans le cas général)**	**Pas de prise en charge (dans le cas général)**	**Prise en charge si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Forfait annuel	97,00 €	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	97,00 €	0,00 €
Chirurgie réfractive	**Prix moyen national** [6]	**Non remboursé**	**Non remboursé**	**Prise en charge si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : opération correctrice de la myopie	933,00 €	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	933,00 €
Aides auditives					
Equipement 100% santé	**Prix limite de vente (PLV)**	**BR**	**60 % BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	250,00 €	460,00 €
Equipement (hors 100% santé)	**Prix moyen national**	**BR**	**60 % BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**

Par oreille pour un patient de plus de 20 ans - Hors réseau Santéclair Par oreille pour un patient de plus de 20 ans - Dans réseau Santéclair	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	250,00 €	1 025,00 €
Autres exemples de remboursement en euros					
Médecines douces	**Prix moyen national** [6]	**Non remboursé**	**Non remboursé**	**Prise en charge si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Séance d'ostéopathie	60,00 €	Non remboursé	Non remboursé	60,00 €	0,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2 : Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la règlementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. l'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente.

5 : Pas de participation forfaitaire de 2€ pour les moins de 18 ans.

6 : Prix moyen issu des données Allianz.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/)