

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane Dynamique



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES
EQC1071A_NI_05/2022

- + Conditions Générales
d'Assistance IMA Assurances
- + Statuts GPST

L'Équité



LES POINTS FORTS DU PRODUIT

Néoliane
Dynamique



Des avantages fidélité

Votre fidélité est récompensée ! Bénéficiez de bonus fidélité en optique, dentaire et hospitalisation dès la 2ème et jusqu'à la 4ème année d'adhésion



Des tarifs adaptés à votre profil

Néoliane Dynamique offre des réductions adaptées selon votre composition familiale : couple (-7 %), famille (-10 %) y compris familles monoparentales.



Remboursement des médicaments en pharmacie bénéficiant d'une prise en charge de la Sécurité sociale

Néoliane Dynamique prend en charge en intégralité tous les médicaments en pharmacie, y compris ceux qui sont faiblement remboursés par la Sécurité sociale.



Prise en charge de la médecine naturelle

Ostéopathie, homéopathie, acupuncture et bien d'autres...
Appréciez la prise en charge de la médecine naturelle* !



Une adhésion simple...

...sans formalité administrative ni médicale.



En complément de vos garanties santé, Néoliane Dynamique vous offre :

- **Des services d'assistance** : IMA Assistance
- **Des services médicaux complémentaires** : MedecinDirect et Deuxièmeavis.fr

Rendez-vous en page 6 pour en savoir plus.

Adhésion
à partir de
18 ans et sans
limite d'âge !

**BONUS
FIDÉLITÉ**

Optique, Dentaire,
Hospitalisation

Garanties
d'assistance
incluses

*Garantie pour toutes les formules sauf la formule Dynamique 1.

TABLEAU DES GARANTIES

Néoliane Dynamique



Adhésion possible à partir de 18 ans et sans limite d'âge

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Les forfaits exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, par Assuré.

HOSPITALISATION		Dynamique 1	Dynamique 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)						
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾		100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	120 %	140 %	160 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^{ème} année d'adhésion	-	110 %	135 %	160 %	170 %
	À compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion	-	120 %	145 %	170 %	180 %
	À compter de la 4 ^{ème} année d'adhésion et suivantes	-	130 %	155 %	180 %	200 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	100 %	120 %	140 %
Chambre particulière (Hors ambulatoire) ⁽²⁾		-	20 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	50 € / jour
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^{ème} année d'adhésion	-	25 € / jour	35 € / jour	45 € / jour	55 € / jour
	À compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion	-	30 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour
	À compter de la 4 ^{ème} année d'adhésion et suivantes	-	35 € / jour	45 € / jour	55 € / jour	65 € / jour
Extra Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) ^{(2) (3)}		-	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Frais de transport ⁽⁴⁾		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences (FPU)		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE		Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé				
Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**		Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Soins autres que 100% Santé						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO ⁽⁵⁾		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Orthodontie remboursée par le RO		100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^{ème} année d'adhésion	115 %	140 %	165 %	190 %	215 %
	À compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion	130 %	155 %	180 %	205 %	230 %
	À compter de la 4 ^{ème} année d'adhésion et suivantes	145 %	170 %	195 %	220 %	245 %
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO		100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^{ème} année d'adhésion	115 %	140 %	165 %	190 %	215 %
	À compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion	130 %	155 %	180 %	205 %	230 %
	À compter de la 4 ^{ème} année d'adhésion et suivantes	145 %	170 %	195 %	220 %	245 %
Autres frais dentaires non remboursés par le RO ⁽⁶⁾		-	50 € / an	100 € / an	100 € / an	150 € / an
Plafond dentaire annuel (hors soins) ⁽⁷⁾		Illimité	Illimité	400 €	500 €	600 €
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^{ème} année d'adhésion	Illimité	Illimité	550 €	650 €	750 €
	À compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion	Illimité	Illimité	700 €	800 €	900 €
	À compter de la 4 ^{ème} année d'adhésion et suivantes	Illimité	Illimité	850 €	950 €	1 050 €
OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO ⁽⁸⁾		Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé				
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ** équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé		Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Monture et verres (équipement de la Classe B - Panier Libre)*** ⁽⁹⁾		Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.				
Monture			50 €	75 €	90 €	100 €
Équipement à verres simples			50 €	80 €	100 €	100 €
Équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe 1		100 %	100 €	125 €	125 €	150 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes			150 €	170 €	190 €	200 €
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^{ème} année d'adhésion (applicable sur les verres) :	-	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €
	À compter de la 5 ^{ème} année d'adhésion (applicable sur les verres) :	-	+ 75 €	+ 75 €	+ 75 €	+ 75 €
Lentilles remboursées par le RO		100%	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 90 €	100 % + 100 €
Lentilles non remboursées par le RO		-	50 €	75 €	90 €	100 €

SOINS COURANTS

	Dynamique 1	Dynamique 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5
Médicaments			100 %		
Honoraires médicaux					
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :					
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* (9)	100 %	125 %	150 %	150 %	175 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* (9)	100 %	100 %	120 %	120 %	135 %
Actes d'imagerie et actes d'échographie :					
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	120 %	120 %	135 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	120 %	120 %	135 %
Matériel médical					
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

AIDES AUDITIVES (10)

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION

Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, lumbinothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue (par année d'adhésion et par assuré - limité à 25 € / acte).	-	50 €	75 €	75 €	100 €
Actes de prévention remboursés par le RO (11)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Médecin direct et deuxième avis médical	Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat
Services d'assistance IMA (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux...)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat santé

L'assureur des garanties santé est l'Equité.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Adhérent pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie conformément au décret N°2005-1226 du 29 septembre 2005. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ont droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(10) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.

(11) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

(12) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité. Ces frais comprennent le lit et/ou les repas de la personne accompagnante.

(13) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

(14) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.

(15) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.

(16) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(17) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier « 100% Santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.

(18) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.

(19) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par Assuré et par période de quatre ans.

(20) Actes de prévention pris en charge dans la limite de 2 actes par an.

*OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% Santé sur la page suivante. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

Les paniers 100% Santé sont entrés en vigueur au 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et au 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.

Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.

Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.

Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Les paniers 100% Santé seront pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

DEPUIS LE 1ER JANVIER 2021

ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER OPTIQUE ⁽¹⁾

ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER DENTAIRE ⁽²⁾

ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER AIDES AUDITIVES ⁽³⁾



ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A
Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes
Des verres (amincis, antireflet et anti-rayure) et traitant l'ensemble des troubles visuels
Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes
Pour les adultes (17 modèles - 2 coloris)
Pour les enfants (10 modèles - 2 coloris)
Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE + MONTURE À TARIFS LIBRES
OU
MONTURE SANS RESTE À CHARGE + VERRES À TARIFS LIBRES



2 DENTAIRE - Panier 100% Santé
Zéro reste à charge

Couronnes :

- Céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ère} prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircons (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

- Céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives)
- Métalliques sur toutes les dents

Prothèses amovibles à base de résine



3 AIDES AUDITIVES - Classe I
Zéro reste à charge

Équipements de qualité
Tous les types d'appareils sont concernés :
Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire

Les caractéristiques :

4 ans de garantie
30 jours minimum d'essai avant achat
12 canaux de réglage

Au moins 3 des options techniques suivantes :
système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS



Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2022.

Les exemples de remboursements ci-dessous n'ont pas de valeur contractuelle. Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).

HOSPITALISATION

	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)	Dépense	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane dynamique	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane dynamique	0 €	20 €	30 €	40 €	50 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée				

Séjours 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 EN SECTEUR PRIVÉ	Dépense	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €
	Remboursement du RO	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €
	Remboursement Néoliane dynamique	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 745,54€

Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO

OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane dynamique	0 €	0 €	54,34 €	83,30 €	83,30 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €	83,30 €	28,96 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)

OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane dynamique	0 €	0 €	0 €	54,34 €	108,68 €
	RESTE À CHARGE	175,30 €	175,30 €	175,30 €	120,96 €	66,62 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

Séjours 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 EN SECTEUR PUBLIC	Dépense	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €
	Remboursement du RO	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €
	Remboursement Néoliane dynamique	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

DENTAIRE

	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Soins et prothèses 100% santé

POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires	Dépense	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	Remboursement du RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	Remboursement Néoliane dynamique	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 120€

Soins (hors 100% santé)

DÉTARTRAGE	Dépense	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €
	Remboursement du RO	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €
	Remboursement Néoliane dynamique	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 43,38€

Prothèses (hors 100% santé)

COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES	Dépense	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €
	Remboursement du RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	Remboursement Néoliane dynamique	32,35 €	59,13 €	86 €	112,88 €	139,75 €
	RESTE À CHARGE	429,98 €	403,11 €	376,23 €	349,36 €	322,48 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 107,50€

Orthodontie (moins de 16 ans)

TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max.)	Dépense	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €
	Remboursement du RO	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €
	Remboursement Néoliane dynamique	0 €	48,38 €	96,75 €	145,13 €	193,50 €
	RESTE À CHARGE	526,50 €	478,13 €	429,75 €	381,38 €	333 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 193,50€

OPTIQUE

	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Équipements 100% santé

VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (**) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	41 € (*) + 30 € (**)	41 € (*) + 30 € (**)	41 € (*) + 30 € (**)	41 € (*) + 30 € (**)	41 € (*) + 30 € (**)
	Remboursement du RO	20,70 €	20,70 €	20,70 €	20,70 €	20,70 €
	Remboursement Néoliane dynamique	91,30 €	91,30 €	91,30 €	91,30 €	91,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 12,75 € par verre + 9 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (**) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	90 € (*) + 30 € (**)	90 € (*) + 30 € (**)	90 € (*) + 30 € (**)	90 € (*) + 30 € (**)	90 € (*) + 30 € (**)
	Remboursement du RO	37,80 €	37,80 €	37,80 €	37,80 €	37,80 €
	Remboursement Néoliane dynamique	172,20 €	172,20 €	172,20 €	172,20 €	172,20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 27 € par verre + 9 €

Équipements (hors 100% santé)

VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (**) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	100 € (*) + 139 € (**)	100 € (*) + 139 € (**)	100 € (*) + 139 € (**)	100 € (*) + 139 € (**)	100 € (*) + 139 € (**)
	Remboursement du RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement Néoliane dynamique	0,06 €	99,91 €	154,91 €	189,91 €	199,91 €
	RESTE À CHARGE	338,85 €	239 €	184 €	149 €	139 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 0,05 € par verre + 0,05 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (**) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	231 € (*) + 139 € (**)	231 € (*) + 139 € (**)	231 € (*) + 139 € (**)	231 € (*) + 139 € (**)	231 € (*) + 139 € (**)
	Remboursement du RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement Néoliane dynamique	0,06 €	199,91 €	244,91 €	279,91 €	299,91 €
	RESTE À CHARGE	600,85 €	401 €	356 €	321 €	301 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 0,05 € par verre + 0,05 €

Lentilles

FORFAIT ANNUEL LENTILLES non remboursées par le RO	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement Néoliane dynamique	0,00 €	50,00 €	75,00 €	90,00 €	100,00 €
	RESTE À CHARGE		Selon dépense engagée			

Chirurgie réfractive

OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement Néoliane dynamique	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	RESTE À CHARGE		Selon dépense engagée			

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

AIDES AUDITIVES

	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

		Équipements 100% santé				
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ	Dépense	950,00 €	950,00 €	950,00 €	950,00 €	950,00 €
	Remboursement du RO	240,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €
	Remboursement Néoliane dynamique	710,00 €	710,00 €	710,00 €	710,00 €	710,00 €
	RESTE À CHARGE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 400€ par oreille pour un patient de plus de 20 ans.

		Équipements (hors 100% santé)				
ÉQUIPEMENTS (HORS 100% SANTÉ)	Dépense	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €
	Remboursement du RO	240,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €
	Remboursement Néoliane dynamique	160,00 €	160,00 €	160,00 €	160,00 €	160,00 €
	RESTE À CHARGE	1 076,00 €	1 076,00 €	1 076,00 €	1 076,00 €	1 076,00 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 400€ par oreille pour un patient de plus de 20 ans.

SOINS COURANTS

	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

		Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)				
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE pour un patient de plus de 18 ans	Dépense	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	Remboursement du RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	Remboursement Néoliane dynamique	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 25€

CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane dynamique	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane dynamique	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO				
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane dynamique	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane dynamique	9 €	16,50 €	23 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	7,50 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)				
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de 2 à 16 ans	Dépense	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €
	Remboursement du RO	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €
	Remboursement Néoliane dynamique	6,90 €	6,90 €	11,50 €	11,50 €	14,95 €
	RESTE À CHARGE	32 €	32 €	27,40 €	27,40 €	23,95 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €
	Remboursement du RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	Remboursement Néoliane dynamique	6,90 €	6,90 €	11,50 €	11,50 €	14,95 €
	RESTE À CHARGE	35 €	35 €	30,40 €	30,40 €	26,95 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

		Matériel médical				
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	Dépense	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €
	Remboursement du RO	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €
	Remboursement Néoliane dynamique	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €
	RESTE À CHARGE	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 24,40€

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

PROFITEZ D'UNE ASSISTANCE COMPLÈTE DÈS LA PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT...

À TOUT MOMENT :

- ✓ Conseil social
- ✓ Informations juridiques et médicales
- ✓ Recherche médecins, infirmières, intervenants médicaux
- ✓ Mise en relation avec un prestataire de services à domicile

EN CAS DE DÉCÈS :

- ✓ Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- ✓ Accompagnement suite au décès
- ✓ Aide aux démarches administratives
- ✓ Avance de fonds

EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE (DE PLUS DE 3 JOURS)

- ✓ Aide à domicile
- ✓ Présence d'un proche
- ✓ Prise en charge des animaux domestiques

EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE AU DOMICILE :

- ✓ Livraison de médicaments

Inter Mutuelles Assistance (IMA) vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.



24H/24 7J/7
☎ 05 49 76 66 30

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, votre contrat santé comporte deux services médicaux complémentaires : **MédecinDirect** et **Deuxièmeavis.fr**

Dès la validation de votre contrat santé, vous recevrez un email et un SMS avec votre code d'activation pour créer vos comptes ; vous pourrez bénéficier de ces services dès la prise d'effet de votre contrat.



à vos côtés, où que vous soyez

Bénéficiez d'un service de téléconsultation, accessible 24/7 et qui vous permet de consulter des médecins généralistes ou spécialistes.

COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

Via l'application mobile MédecinDirect

Vous pouvez bénéficier d'une assistance par téléphone en appelant le **09 74 59 51 10**



des experts pour éclairer vos décisions de santé

Obtenez un 2ème avis médical en ligne en moins de 7 jours, auprès de médecins experts et reconnus, sur plus de 300 pathologies graves ou invalidantes.

COMMENT ÇA MARCHE ?



Je récupère mon dossier médical et j'accède à mon compte sur deuxièmeavis.fr



Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



Sous 7 jours, j'obtiens l'avis rédigé du médecin après analyse de mon dossier

Un service patient est là pour vous accompagner !
Du lundi au vendredi de 10h à 19h : **01 81 80 00 48**

TITRE I

Formation – Dénomination – Durée – Objet Composition – Siège Social

Article 1. Constitution

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, les articles L141-7 et R141-1 à R141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts et le cas échéant, son Règlement Intérieur.

Elle prend la dénomination de « GPST » (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous).

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2. Objet

L'Association GPST a pour objet :

- d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles,
- de souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès de tout organisme assureur,
- de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but entrant dans le cadre de son objet social,

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3. Membres

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

- a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;
- b) les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;
- c) et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves.

La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

La décision est rendue en dernier ressort par le Conseil d'Administration et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

Article 4. Siège social

Le Siège Social est fixé 38-40, avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

TITRE II

Administration

Article 5. Composition du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 7 membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenus au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être choisis parmi les membres de l'Association ou en dehors et être soit des personnes physiques, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses administrateurs.

Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 6. Membres du Bureau

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres ou ses représentants un président qui est également le Président de l'Association.

Il peut également désigner pour constituer le Bureau un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier, ces deux derniers pouvant être choisis en dehors des Administrateurs.

Le Président réunit et préside le Conseil d'Administration et le Bureau. Il assure la gestion courante de l'Association, applique et fait appliquer les décisions du Conseil d'Administration. Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses pouvoirs à un autre membre du Bureau.

Les attributions des membres du Bureau et le fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le Règlement Intérieur.

Article 7. Fonctionnement du Conseil d'Administration

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Les Administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions précisées le cas échéant par le Règlement Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil d'Administration.

Article 8. Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.

Le Conseil d'Administration signe avec un ou plusieurs assureurs tout nouveau contrat d'assurance de groupe.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur.

Article 9. Représentation en justice

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-Président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration.

TITRE III

Assemblées générales ordinaires et extraordinaires

Article 10. Composition des Assemblées

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner

mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Tous les pouvoirs en blanc retournés à l'Association donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

Article 11. Convocation – Quorum

L'Assemblée Générale est convoquée par le président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

La convocation aux assemblées générales est individuelle : cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'Association lorsqu'il sera invité à le faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au dernier alinéa. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurait pas à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet). Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale entend le rapport du Conseil d'Administration sur la situation morale et financière de l'Association.

Article 13. Procès-verbal

Il est tenu une feuille de présence à l'Assemblée.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d'au moins 10 % des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10 % des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants.

Chaque membre dispose d'une voix.

L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs. Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

Article 16. Règlement Intérieur

Un règlement intérieur peut être établi et modifié par le Conseil d'Administration sous réserve de la ratification de la plus prochaine Assemblée Générale.

TITRE IV

Ressources – Dépenses – Comptes

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées

par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;

- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ; et
- des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.

Article 18. Dépenses

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors des frais d'administration et de gestion, par :

- toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement ;
- toutes sommes engagées pour la réalisation de son objet social et notamment les cotisations et subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.

Les dépenses sont engagées par le Président, par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

Article 19. Comptes annuels

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte d'exploitation générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

Article 20. Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

TITRE V

Dissolution – Divers

Article 21. Dissolution de l'Association

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale, délibérant ainsi qu'il est dit ci-dessus, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES

EQC1067A_NI_04/2022

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance frais de santé NÉOLIANE DYNAMIQUE est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le Contrat groupe.

Le Contrat groupe est géré dans le cadre de la convention n°AQ002301.

Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'Adhèrent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- Le tableau des garanties qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le Contrat groupe auquel les parties s'engagent. Elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

L'Assureur et co-concepteur des garanties Frais de Santé est **L'ÉQUITÉ**, Société Anonyme au capital de 26 469 320 euros, entreprise régie par le Code des assurances – RCS Paris B 572 084 697 – Siège Social : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026, ci-après dénommé l'« **Assureur** ».

Le Souscripteur est l'**Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous**, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social se situe au 38-40 avenue des Champs-Élysées - 75008 Paris, ci-après dénommée l'« **ASSOCIATION GPST** ». L'Association GPST souscrit auprès de l'Équité ce Contrat groupe au profit de ses Adhérents.

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ** - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

L'Assureur délègue la gestion des garanties du Contrat groupe à **NÉOLIANE SANTÉ** - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr), ci-après dénommé le « **Gestionnaire** ».

Le co-concepteur et co-distributeur des garanties santé est **GROUPE SANTIANE HOLDING** (GSH), société par actions simplifiée au capital de 455 524 €, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le N° 812 962 330, N° ORIAS 19 004 119, dont le siège social est situé au 38 avenue des Champs Élysées - 75008 Paris, et intervient en qualité de courtier de Néoliane Santé.

Cette Notice d'information est régie par le droit français et notamment le Code des assurances, l'assureur s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

DÉFINITIONS

- **Accident** : Toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré. **Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'exames médicaux.**
- **Adhèrent** : L'Adhèrent est une personne physique, qui bénéficie des prestations de l'Assureur et en ouvre le droit à ses éventuels Ayants droit dans les conditions de l'article 3 de la présente Notice d'information.

• **Assurés** : Personnes physiques habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhèrent lui-même et le(s) Ayant(s) droit désigné(s) par celui-ci le cas échéant.

- **Ayants droit** : Sont considérés comme Ayants droit :
 - le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle, non séparé de corps ;
 - le concubin vivant maritalement avec l'Adhèrent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhèrent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire,

indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhèrent et de son concubin, devra être adressée au Gestionnaire sur demande ;

- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- les ascendants, descendants et collatéraux vivant sous le toit de l'Adhèrent et à sa charge ou celle du conjoint ;
- les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28ème anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion ;
- sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

• **Hospitalisation** : Au sens du présent Contrat groupe, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France métropolitaine ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une Maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le contrat que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale, à savoir les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des unités ou centres de soins de longue durée. Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du contrat les actes prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisations à domicile (H.A.D) prise en charge par la Sécurité Sociale.

• **Maladie** : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

• **Régime Obligatoire (RO)** : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhèrent et ses Ayants-droit.

• **Synonymes** : Assurance Maladie Obligatoire, Sécurité sociale

• **Télétransmission** : Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'information automatisé entre les caisses d'assurance maladie et l'Assureur. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à l'Assureur sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

• **Ticket Modérateur (TM)** : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise) et qui reste à charge de l'Assuré.

• **Tiers Payant (TP)** : Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. Il est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance maladie. L'Assureur délivre à l'Adhèrent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur sur les actes éligibles.

ARTICLE 1. OBJET DE L'ADHÉSION

Le présent Contrat a pour objet le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux ou d'Hospitalisation engagés par les Assurés à l'occasion d'un Accident, d'une Maladie ou d'une maternité, en complément des prestations versées par un Régime Obligatoire.

ARTICLE 2. CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission à la présente assurance en qualité d'Adhèrent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- relever du Régime Obligatoire français,
- être adhérentes à l'Association GPST,
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et sans limite d'âge, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance,
- être résidentes en France métropolitaine.

ARTICLE 3. MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur à l'assurance, après avoir reçu et pris connaissance du devis, de la Notice d'information, de l'IPID et du tableau de garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels Ayants droit, parmi :

- Son conjoint, personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
 - son concubin,
 - son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- doit être âgé à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et sans limite d'âge, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année

de naissance.

- Les enfants,
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du Régime Obligatoire auquel relève l'Adhèrent ou son conjoint,
 - sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

- Les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils vivent sous le toit de l'Adhèrent et qu'ils soient reconnus à charge par le Régime Obligatoire de l'Adhèrent ou celui de son conjoint.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (Dynamique 1, Dynamique 2, Dynamique 3, Dynamique 4 ou Dynamique 5). Les garanties choisies seront identiques pour les Ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au Contrat groupe, quel que soit le niveau de garanties choisi.

Toute adhésion au Contrat groupe nécessite au préalable d'adhérer à l'Association GPST dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée selon la périodicité choisie pour le prélèvement de la cotisation. À ce titre, l'Adhèrent reçoit une copie des statuts de l'association.

ARTICLE 4. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'Adhèrent de la demande d'adhésion. L'adhésion prend effet à compter du jour indiqué sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, pour une période initiale de 12 mois.

La date d'effet de l'adhésion est toujours fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la demande d'adhésion signée par Néoliane Santé.

Aucun effet antérieur à la date de réception de la demande d'adhésion par Néoliane Santé ne sera accepté.

L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction, à la date anniversaire de sa date d'effet, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5 « Résiliation de l'adhésion ».

ARTICLE 5. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation émane de l'Adhèrent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances :

- par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressé au siège social :

✉
Néoliane Santé et Prévoyance - Service Résiliation
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

- sur l'espace adhérent :

🖱
www.monneoliane.fr
rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »

Lorsque la résiliation émane de l'Assureur, par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhèrent.

Conséquences de la résiliation

Les garanties restent acquises pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour une période non couverte, l'Adhèrent sera remboursé de celles-ci dans un délai maximal de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Résiliation par l'Adhèrent

L'Adhèrent peut résilier son adhésion :

- à l'échéance selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet la veille de l'échéance principale à 24 heures (L.113-12 de Code des assurances).
 - à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhèrent (L113-15-2 du Code des assurances).
 - en cas de changement du risque, si l'Assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle il a eu connaissance de la proposition d'assurance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- L'état de santé ne peut en aucun cas être pris en compte dans l'appréciation du risque.

Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non paiement des cotisations ou d'une fraction de

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES

EQC1067A_NI_04/2022

cotisation (L.141-3 du code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhèrent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée une mise en demeure de payer.

- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhèrent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation.
- en cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou de la reconduction de l'adhésion, il n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée.

Dans le premier cas, la résiliation prend effet dix (10) jours après sa notification. Dans le second cas, si l'Adhèrent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou en cas de désaccord, dans le délai de trente (30) jours à compter de la proposition, l'Assureur peut résilier l'adhésion.

Résiliation par l'Adhèrent ou par l'Assureur

L'Adhèrent ou l'Assureur peut résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine (si le changement entraîne une modification tarifaire), de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou de cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des assurances). Si elle émane de l'Adhèrent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent la notification du changement par l'Adhèrent à l'Assureur.

Dans tous les cas, la résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la demande.

Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'Adhèrent. En présence d'un Conjoint parmi les Ayants droit, les garanties sont maintenues pour l'ensemble de la famille. En l'absence de Conjoint, le contrat est résilié à la date du décès et une nouvelle adhésion est proposée aux Ayants droit (s'ils remplissent les conditions d'adhésion et qu'ils le souhaitent) ;
- en cas de départ de France métropolitaine. La résiliation prendra effet un mois après notification du départ.

Résiliation ou Modification du Contrat groupe (entre l'Assureur et le Souscripteur GPST)

Les droits et obligations de l'Adhèrent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPST. Dans ce cas, l'Adhèrent sera informé par écrit des modifications apportées à ses droits et obligations, dans un délai de trois (3) mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Contrat groupe peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'autre Partie au moins trois (3) mois avant la date de renouvellement. En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle au Contrat groupe ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront à bénéficier de l'ensemble des clauses et conditions du Contrat groupe existantes à la date de résiliation. Par ailleurs, la volonté de résilier son adhésion à l'Association GPST, le Souscripteur, par l'Adhèrent ne constitue pas un motif valable pour résilier son adhésion au Contrat groupe. L'adhésion à l'Association GPST dure tant que dure l'adhésion au Contrat groupe.

ARTICLE 6. DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'Adhèrent pour son compte et celui de ses Ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution de l'adhésion et l'Adhèrent doit fournir des réponses exactes.

À l'adhésion

L'Adhèrent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

En cours de contrat

L'Adhèrent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques dont notamment :

- un changement d'état civil,
- une cessation ou un changement d'affiliation d'un des bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine,
- la survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'Ayant droit,
- un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,

- un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- l'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être transmises par écrit :

- sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr

rubrique "Je modifie mon contrat, et/ou mes informations"

- par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

Ces événements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance. L'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité.

En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de dix (10) jours en restituant à l'Adhèrent le prorata de prime ou en augmentant la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Adhèrent.

ARTICLE 7. CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les Assurés doivent être affiliés ou Ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire. Les frais refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire au motif que l'Assuré n'aurait pas satisfait en temps utile à toutes les formalités nécessaires pour obtenir le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

ARTICLE 8. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime. Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré dans la garantie - sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission - et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les frais engagés après la radiation d'un Assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.

ARTICLE 9. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France métropolitaine pour des frais engagés en France métropolitaine. Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois (3) mois, si le Régime Obligatoire de l'Assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France métropolitaine et en euros, la conversion avec la monnaie étrangère étant calculée par l'Assureur au jour des dépenses par l'Assuré.

ARTICLE 10. GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhèrent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

Sauf justification du coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale, ceux-ci sont réputés conformes au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

La gamme comporte plusieurs niveaux de garanties (Dynamique 1, Dynamique 2, Dynamique 3, Dynamique 4 ou Dynamique 5) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Les montants de remboursements s'entendent :

- après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garanties.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé aux présentes Dispositions Générales, sont exprimés, suivant le cas :

- en pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : tarif de convention (TC) en secteur conventionné ou tarif d'autorité (TA) en secteur non conventionné,
- en frais réels (FR),
- sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et renouvelable annuellement sur cette base, exprimé en euros.

Les montants des forfaits représentent des plafonds de garanties qui incluent la prise en charge du Ticket Modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité.

Tous les forfaits sont valables sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements d'un forfait sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro.

Le remboursement d'un équipement optique ou d'une aide auditive est encadré par une périodicité minimale de renouvellement, dans les conditions fixées dans le tableau des garanties annexé aux présentes Dispositions Générales.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui de la date des soins.

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

Au sens du présent contrat, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France métropolitaine ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le contrat que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale, à savoir les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des unités ou centres de soins de longue durée. Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du contrat les actes produits au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisations à domicile (H.A.D) prise en charge par la Sécurité Sociale.

ARTICLE 11. CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'Adhèrent. Le tarif pourra également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties. L'Adhèrent disposera d'un délai de trente (30) jours pour contester et résilier son contrat s'il le souhaite.

Elles pourront également être modifiées dans le cas où une nouvelle réglementation aurait pour conséquence une modification substantielle des engagements de l'Assureur, de l'Association GPST, ou de l'Adhèrent et notamment toute modification des prestations du Régime Obligatoire dont elles assurent le complément.

ARTICLE 12. EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'adhésion. Les exclusions ci-après s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'adhèrent des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables »

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES

EQC1067A_NI_04/2022

ARTICLE 13. MODIFICATIONS DES GARANTIES

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhèrent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, sur internet ou par écrit simple :

- Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr

- Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

À l'échéance principale :

L'Adhèrent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, par écrit et au plus tard (2) deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance de l'adhésion.

Hors échéance principale :

L'Adhèrent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, par écrit, à tout moment dans la limite d'une fois tous les douze (12) mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant l'adhésion.

En tout état de cause, la modification du niveau de garantie s'applique à ses éventuels Ayants droit.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhèrent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification. L'Adhèrent dispose d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite. Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prend effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, est indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

ARTICLE 14. MODIFICATION DES AYANTS DROIT

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhèrent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants droit, sur internet ou par écrit simple :

- Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr

rubrique "Je modifie mon contrat, et/ou mes informations"

- Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

À l'échéance principale :

L'Adhèrent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant droit par écrit et au plus tard (2) deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance de l'adhésion, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Hors échéance principale :

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit d'une personne que l'Adhèrent souhaite assurer, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

Le Gestionnaire effectue la modification et transmet à l'Adhèrent son échéancier matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhèrent disposera d'un délai de trente (30) jours pour revenir vers le Gestionnaire s'il souhaite contester cette modification.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhèrent, la modification de l'adhésion prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives, ou à la date de naissance d'un nouvel Ayant droit si la demande parvient dans les deux (2) mois.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'Adhèrent doit le déclarer par écrit dans les quinze (15) jours suivant cet événement.

La modification de l'adhésion prendra effet sous réserve de la

production des pièces justifiant de la date de l'évènement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Ayant droit. Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhèrent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit.

Si un des Ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Assuré, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification.

ARTICLE 15. ADAPTATION DE L'ADHÉSION PAR SUITE DE MODIFICATION DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du Régime Obligatoire en vigueur lors de la demande d'adhésion.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision de l'adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'Adhèrent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion.

ARTICLE 16. PRESTATIONS

Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'Adhèrent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion. Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au Centre de Gestion Néoliane :

- Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr

- Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie. Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contrares figurant au tableau des garanties. Les prestations sont réglées dans les meilleurs délais une fois que l'Adhèrent a transmis les justificatifs nécessaires tels que détaillés ci-dessous.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire situé dans un Etat composant l'Espace Economique Européen. Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés.

Télétransmission :

La transmission des décomptes de remboursements des Assurés peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhèrent ne souhaite pas bénéficier du service de la Télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à :

- Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr

- Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

En cas de non mise en place de la Télétransmission ou d'un chevauchement de couverture avec un autre organisme empêchant la transmission automatisée d'un décompte, l'Adhèrent devra transmettre lui-même son décompte. En cas de dépassement d'honoraires, si la garantie le couvre, le remboursement se fera sur la base de la transmission d'une facture acquittée par l'Adhèrent. Pour les remboursements optiques, les remboursements se font sur la base d'une prescription médicale (ordonnance). Le Gestionnaire se garde la possibilité de demander le justificatif d'ordonnance pour procéder au remboursement.

Tiers Payant :

L'adhésion à ce Contrat groupe permet de bénéficier des avantages d'une carte de Tiers Payant. Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'Adhèrent est dispensé du paiement du Ticket Modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers Payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'Hospitalisation en France métropolitaine par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers Payant ou sur simple demande :

- Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr

- Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'Adhèrent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers Payant. Il s'engage également à rembourser à l'assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

Justificatifs à produire :

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'Adhèrent doit envoyer les éléments :

- Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr

- Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- les décomptes des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies ,
- les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier ,
- les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à une prise en charge préalable, pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ,
- les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers Payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité ,
- le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires acceptées ,
- la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires non prises en charge par le Régime Obligatoire ,
- pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres et indiquant le type de verres ou indiquant les frais de lentilles ,
- pour les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire, la facture détaillée et acquittée ,
- pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire ,
- pour les médecines douces, la facture détaillée du praticien diplômé d'État ,
- lorsque l'Adhèrent ou ses Ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les décomptes établis par l'organisme en cause ,
- en cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant l'affiliation avec l'Adhèrent ,
- en cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant l'affiliation avec l'Adhèrent ,
- en cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'Assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires et notamment des originaux. L'Adhèrent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre concerné.

ARTICLE 17. CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'Adhèrent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utile et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

Sous peine de déchéance, l'Adhèrent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'Adhèrent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Adhèrent, l'Assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

Procédure d'expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'Assureur auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'Adhèrent. Dans le cas où l'Adhèrent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'Assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Adhèrent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 18. COTISATIONS

Montant de la cotisation

La cotisation annuelle (12 mois) est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le Régime Obligatoire de l'Adhèrent, les garanties choisies, l'âge des Assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhèrent.

Variation de la cotisation :

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'Adhèrent et de ses Ayants droit à l'échéance de l'adhésion. En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du Régime Obligatoire, ajout ou sortie de bénéficiaire, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené en cours d'année à procéder à une réactualisation des tarifs.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

Révision de la cotisation

L'Assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'Adhèrent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur. L'Adhèrent pourra être informé par courrier ou sur support durable accessible sur www.monneoliane.fr, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhèrent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Toutefois, l'Adhèrent est en droit de résilier le contrat dans les 30 jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord. La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes et charges parafiscales ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

Paiement de la cotisation

La cotisation est payable à terme à échoir, selon le fractionnement choisi par l'Adhèrent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Dans le cas d'une périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, le paiement s'effectue automatiquement par prélèvement automatique. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 5 ou 10 du mois de la quittance éligible au titre des garanties du mois en cours. En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'Adhèrent.

Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

Défaut de paiement

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation, l'Assureur envoie une lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhèrent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée. Cette lettre vaut mise en demeure.

Faute de règlement, l'adhésion est alors résiliée quarante jours après l'envoi de cette lettre. La résiliation entraîne, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période suivant l'envoi de la mise en demeure. En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation durant la période des 40 jours suivant la mise en demeure, les garanties seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

ARTICLE 19. SUBROGATION

En vertu de l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions des Assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ARTICLE 20. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et 114-3 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
 2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action de l'Adhèrent contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhèrent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Adhèrent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhèrent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décède ou la reconnaissance de tous ces héritiers. L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

ARTICLE 21. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'Adhèrent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

- Sur l'espace adhérent rubrique "Réclamations" :

www.monneoliane.fr

- Par courrier à l'adresse suivante :



Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

Si l'Adhèrent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :



L'ÉQUITÉ – Cellule Qualité 2 rue Pillet-Will
75009 Paris

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhèrent ne peuvent excéder :

- dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'Adhèrent dans ce délai,
- deux (2) mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'Adhèrent quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de l'adhésion, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessous ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'Adhèrent ou l'Assureur.

Médiation

En qualité de membre de France Assureurs, L'Équité applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération. Si un litige persiste entre l'Adhèrent et l'Assureur après examen de la demande par le Service réclamations, l'Adhèrent peut saisir le Médiateur de France Assureurs :

- Par courrier, en écrivant à l'adresse suivante :



M. le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.

- Ou par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance :



<http://www.mediation-assurance.org/>
Rubrique : je saisis le Médiateur.

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service réclamations a été saisi de la demande de l'Adhèrent et y a apporté une réponse.

La saisine du Médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'Adhèrent n'a pas été soumise à une juridiction.

Plateforme Européenne de règlement des litiges

En cas de proposition du contrat d'assurance Néoliane Dynamique en ligne, vous avez aussi la possibilité, en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne accessible sur le site internet suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

ARTICLE 22. INFORMATIONS SUR LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'Équité en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé, en tant que Déléguataire :

- Souscription des contrats,
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes;
- Gestion et règlement des sinistres
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes

de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles Et Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties, - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles - Amélioration continue des offres et process
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt public	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat - Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats de remboursement de frais de soins

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification,
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique,
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM),
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique,
- données de santé issues du codage CCAM.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée. À des fins de prospection commerciale, elles peuvent être obtenues dans le cadre d'opération de parrainage ou de la part d'organismes dûment habilités.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour ef-

fet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de L'Assureur ou Néoliane Santé & Prévoyance. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires et à l'intérêt public

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considéré comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD).

Dans ce cadre, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à l'adhésion du contrat sont transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend le domicile de l'Adhérent. L'Adhérent dispose d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'Assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe GENERALI, et aux entités du Groupe SANTIANE ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe Generali France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, les data centers du groupe Generali France sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France métropolitaine, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen (Maroc, Tunisie) concernent des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, surveillance de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Les traitements de Néoliane Santé & Prévoyance afférents aux opérations de gestion sont également susceptibles d'être réalisés hors EEE (Maroc, Tunisie).

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

Vos données personnelles en qualité de prospect sont conservées pendant un délai conforme aux obligations légales et

réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- **D'un droit d'accès** : Vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité.

- **D'un droit de rectification** : Vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.

- **D'un droit de suppression** : Vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement ;

- **Du droit de définir des directives** relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.

- **D'un droit à la limitation du traitement** : Vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles

- **D'un droit à la portabilité des données** : Vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.

- **D'un droit de retrait** : Vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **D'un droit d'opposition** : Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale

- **D'un droit d'introduire une réclamation** : Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité :

Adresse électronique : dpo@neoliane.fr

Adresse postale :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 promenade des Anglais, Imm. Nice Plaza 5ème
06200 Nice

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

Adresse électronique : droitdaces@generali.fr

Adresse postale :

Generali – Conformité - TSA 70100 75309
Paris Cedex 09.

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus

Opposition au démarchage téléphonique

Si vous êtes consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Nous pourrions cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

ARTICLE 23. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accorde les garanties prévues par la présente adhésion est :



L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest CS 92 459
75436 Paris Cedex 09

ARTICLE 24. OPPOSITION AU DÉMARCHEMENT TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article L.223-1 du Code de la consommation, l'Assuré dispose également du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Wordline. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou **WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.**

ARTICLE 25. SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, le Royaume-Uni et les Etats-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

Le présent contrat ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'Assureur de fournir une garantie, payer un sinistre, ou accorder quelque couverture ou prestation, relativement à des risques situés en Crimée, République populaire démocratique de Corée (Corée du nord), en Iran et/ou en Syrie.

ARTICLE 26. DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (notamment de vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature du contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un sinistre survient pendant ce délai de quatorze (14) jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

- La demande de renonciation doit être adressée sur l'espace

adhérent :

www.monneoliane.fr

rubrique "Je souhaite résilier ou me rétracter"

- par courrier à l'adresse suivante :



Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du .../.../.... Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le .../.../.... à
Signature de l'Adhérent

Si le Contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un contrat.

En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités".

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, l'Adhérent peut renoncer au présent contrat.

- La demande de renonciation doit être adressée sur l'espace adhérent :



www.monneoliane.fr

rubrique "Je souhaite résilier ou me rétracter"

- par courrier à l'adresse suivante :



Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du .../.../.... Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le .../.../.... à
Signature de l'Adhérent

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la notification de la renonciation.

ARTICLE 27. TAUX DE REDISTRIBUTION ET DE FRAIS DE GESTION

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2021 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux de 2021
Taux de redistribution ⁽¹⁾	67,10%
Taux de frais de gestion ⁽²⁾	37,40%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT 20220421-0000004101

CONVENTION D'ASSISTANCE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES



IMA ASSURANCES INTERVIENT 24H/24 À LA SUITE D'APPELS ÉMANANT DES BÉNÉFICIAIRES AU NUMÉRO SUIVANT :

05 49 76 66 30 OU +33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger

TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- Si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine ;

- Si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger.

Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, certificat d'invalidité, etc).

GARANTIES SANTÉ

1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES SANTÉ

1.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue,
- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation ;
- de décès ;
- d'évènement traumatisant.

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 INTERVENTION

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

1.2.1 DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3.2 à 3.4, 6.1 à 6.4 doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile,
- La sortie d'une hospitalisation,
- Un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide à domicile prévue à l'article 3.1, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 5ème jour après la sortie d'une hospitalisation, la garantie est alors plafonnée à 5 jours.

1.2.2 APPLICATION DES GARANTIES

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable d'IMA ASSURANCES et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.

Les garanties en cas de décès s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'évènement.

IMA ASSURANCES ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

2. GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1 CONSEIL SOCIAL

IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un Travailleur Social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

2.2 INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger, etc.

2.3 INFORMATIONS MÉDICALES

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments prescrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux, etc.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

2.4 RECHERCHE DE MÉDECIN, INFIRMIÈRE, INTERVENANT PARAMÉDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, IMA ASSURANCES, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des intervenants paramédicaux.

2.5 MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE

A la demande de l'adhérent, IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire de services à domicile.

Les frais afférents à la prestation restent à la charge de la famille.

3. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE OU EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

3.1 AIDE À DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une hospitalisation programmée de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 8 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

3.2 PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une hospitalisation programmée de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche par train 1ère classe ou avion classe économique.

IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

3.3 PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT 20220421-0000004101 (SUITE)

CONVENTION D'ASSISTANCE DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- OU une hospitalisation programmée de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement la garde de l'animal chez un « pet sitter ».
- La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15€ par jour, jusqu'à 225€ TTC maximum, et valable pour une garde de l'animal exécutée sur des jours consécutifs.

3.4 LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une immobilisation imprévue et immédiate au domicile de l'adhérent ou de son conjoint, La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à deux livraisons par an dans un rayon de 50 kilomètres du domicile. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

4. GARANTIES EN CAS D'ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT

4.1 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge selon la situation :

- jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible 24h sur 24.

5. GARANTIES EN CAS DE RADIOTHÉRAPIE / CHIMIOTHÉRAPIE

En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadritérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU

En cas d'aggravation d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadritérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant.

5.1 AIDE À DOMICILE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur la durée du protocole.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

6. GARANTIES LIÉES AU DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint :

- sans condition de franchise et de durée pour les garanties décrites aux autres articles.

6.1 AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques.

6.2 ACCOMPAGNEMENT SUITE AU DÉCÈS

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, les travailleurs sociaux d'IMA ASSURANCES apportent leur expertise, par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Cette garantie est accordée dans la limite de 3 entretiens téléphoniques sur 90 jours, accompagné d'un appel de suivi dans les 12 mois à compter du décès.

6.3 ACCOMPAGNEMENT SUITE AU DÉCÈS

Afin d'aider les proches dans la rédaction des documents administratifs liés au décès, IMA ASSURANCES met à leur disposition un intervenant compétent à domicile dans la limite de 4 heures maximum, à raison de 2h minimum par intervention, sur 12 mois à compter du décès, en complément des informations téléphoniques qu'IMA ASSURANCES peut leur avoir apportées par avance.

6.4 AVANCE DE FONDS

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, IMA ASSURANCES peut assister la famille dans l'organisation des obsèques et faire l'avance des frais y afférents, à hauteur maximum de 2000€ TTC. La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

7. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

7.1 INFRACTION

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

7.2 FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

7.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

7.4 REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA ASSURANCES, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA ASSURANCES étant déchargée de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

7.5 EXCLUSIONS

Exclusions pour les garanties d'assistance domicile

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- Les hospitalisations consécutives à des maladies non soudaines et prévisibles,
- Les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques,
- Les hospitalisations liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- Les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

Exclusions pour les garanties décès

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

Les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes ;
- à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance) ;
- aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

8. VIE DU CONTRAT

8.1 DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat « Néoliane Quiétude » souscrit par l'adhérent auprès de L'ASSOCIATION GPST.

8.2 RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de L'ASSOCIATION GPST pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par L'ASSOCIATION GPST auprès d'IMA ASSURANCES. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

8.3 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressés par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

8.5 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

IMA ASSURANCES, collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;

- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales pour lesquelles l'adhérent a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par le courtier pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation des contrats ;
- la gestion des contrats ;
- l'exécution des contrats ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;
- les opérations de prospection téléphonique et par courrier ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption ;
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Avec le consentement de l'adhérent, ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection électronique afin de lui proposer des produits équivalents ou complémentaires à la prestation d'assistance.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires de L'ASSOCIATION GPST chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA ASSURANCES, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA ASSURANCES. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA ASSURANCES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données du courtier : dpo@neoliane.fr Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès du courtier : dpo@neoliane.fr

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

8.6 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA ASSURANCES au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires doivent contacter en premier lieu leur interlocuteur habituel.

En second lieu et à défaut de solution, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

En dernier recours, si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai réglementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptations suivantes :

• ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

• ADHÉRENT

Tout membre de GPST ayant adhéré à un contrat santé « Néoliane », « Orys », « Epsilon » ou « Linea » incluant l'assistance Santé à domicile souscrit par GPST par l'intermédiaire de NEOLIANE.

• ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'Inde, gerbilles, écureuils de Corée).

• BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

• CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

• DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

• FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

• HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

• HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

• HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

• IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutives à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

• MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Produit co-conçu et co-distribué par **GRUPE SANTIANE HOLDING** - SAS au capital de 455 524 € - RCS Paris 812 962 330 - 38-40 avenue des Champs-Élysées 75008 Paris - Intermédiaire en assurances - ORIAS n°19 004 119, et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème 06200 Nice - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Assuré par **L'ÉQUITÉ** – 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – SA au capital de 26 469 320 € – RCS Paris B 572 084 697 – Entreprise régie par le Code des assurances – Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : NÉOLIANE DYNAMIQUE

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. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit **NÉOLIANE DYNAMIQUE** sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit NÉOLIANE DYNAMIQUE est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit NÉOLIANE DYNAMIQUE est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'adhérent.

Le produit NÉOLIANE DYNAMIQUE est conforme au dispositif « 100% Santé » qui permet à l'adhérent de bénéficier d'un zéro reste à charge sur les paniers optique, dentaire et aides auditives.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Secteur conventionné : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Secteur non conventionné ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles (y compris lentilles jetables);
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Médicaments ou vaccins prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Médecines naturelles (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), Matériel médical.
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant ;
- **Dentaire** : Actes non remboursés par le Régime Obligatoire

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ Tiers Payant, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé) ;
- ✓ Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Assistance IMA en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation, d'hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de perte d'autonomie ou de décès.

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique ;
- ✗ Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- ! La majoration du Ticket Modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- ! 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

- ! **Frais accompagnant** : Prise en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité ;
- ! **Forfait journalier hospitalier** : Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- ! **Optique** : La fréquence de remboursement pour un équipement optique est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ;
- ! **Aides auditives** : Depuis le 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Adhérents résidant à titre principal en France métropolitaine pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours de moins de 3 mois, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Adhérent s'applique.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de non garantie, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :

À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude la demande d'adhésion ;
- être adhérent(e) à l'Association GPST ;
- relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- fournir tous les documents justificatifs demandés par l'Assureur ;
- être âgé(e) entre 18 ans et sans limite d'âge (adhérent principal et conjoint) ;
- régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- informer l'Assureur des événements suivants, dans un délai de 15 jours suivant leur survenance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier

En cas de sinistre :

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de l'adhésion.

La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement ou chèque (annuel uniquement).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an à compter de sa prise d'effet et se reconduit tacitement, chaque année, à sa date d'anniversaire, sauf en cas de résiliation.

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qui commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La couverture prend fin :

- À la date de résiliation quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la Partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de France métropolitaine ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'assureur.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à la date anniversaire de son adhésion moyennant un préavis de deux mois. La notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'Adhérent :

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressée au siège social : Néoliane Santé & Prévoyance – Service Résiliation – 455 promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5ème – 06200 Nice ;
- Sur l'espace adhérent : www.monneoliane.fr, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».

Une fois la première année d'adhésion écoulée, l'Adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un (1) mois après réception de la notification de résiliation par l'assureur.

Enfin, en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.

Néoliane Dynamique

Complémentaire santé

EOC1071A_DA_06/2022

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Pour suivre tous vos remboursements, rendez-vous sur :

www.monneoliane.fr

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE

455 Promenade des Anglais
Immeuble Nice Plaza 5^e – 06200 Nice
www.neoliane.fr

Distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - 455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5e – 06200 Nice SAS au capital de 2 000 000 € RCS Nice 510 204 274 - Immatriculation ORIAS : 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré par **L'ÉQUITÉ**, Société Anonyme au capital de 26 469 320 €, entreprise régie par le Code des assurances, B 572 084 697 RCS Paris – Siège social : 2, rue Pillet-Will - 75009 Paris – Société appartenant au groupe Generali immatriculé au registre italien des sociétés d'assurance sous le numéro 026

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632.

Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.