

Néoliane  
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane  
**OPTIMA**



**NOTICE  
D'INFORMATION**  
N°0032621

- + Conditions Générales d'Assistance
- + Statuts GPST

# LES POINTS FORTS DU PRODUIT NÉOLIANE OPTIMA



## UN PRODUIT CONFORME À LA RÉFORME 100% SANTÉ

- La possibilité d'avoir accès à des équipements sans reste à charge pour l'optique, le dentaire et les aides auditives.



## DES BONUS FIDÉLITÉ

- À compter de la 2<sup>ème</sup> année d'adhésion, certaines garanties en hospitalisation et en dentaire seront augmentées et seront plus avantageuses
- Forfait journalier pour la chambre particulière (de 40 € à 55 €)



## SERVICES INCLUS

- Services d'assistance : IMA Assistance.
- Services médicaux complémentaires : MédecinDirect & Deuxièmeavis.fr.

*Rendez-vous en page 8 pour en savoir plus.*

## TIERS PAYANT NATIONAL VIAMEDIS





## Néoliane OPTIMA

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 85 ans inclus

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 s'entendent en complément du Régime Obligatoire d'assurance maladie, par assuré.

HOSPITALISATION (1)	OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5	
<b>SECTEUR CONVENTIONNÉ</b>						
Forfait journalier hospitalier (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Frais de séjour (y compris maternité) (3)	100%	130 %	150 %	175 %	200%	
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) (3)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
<b>Honoraires</b>						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	130 %	150 %	175 %	200 %	
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	115 %	130 %	150 %	180 %	
Chambre particulière (4) (hors ambulatoire)	-	40 € / jour	45 € / jour	50 € / jour	55 € / jour	
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	À compter de la 2 <sup>e</sup> année d'adhésion	-	45 € / jour	50 € / jour	55 € / jour	60 € / jour
	À compter de la 3 <sup>e</sup> année d'adhésion et suivantes	-	50 € / jour	55 € / jour	60 € / jour	65 € / jour
Lit accompagnant (4)	-	-	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	À compter de la 2 <sup>e</sup> année d'adhésion : Frais de télévision	-	-	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) (5)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
<b>SECTEUR NON CONVENTIONNÉ</b>						
Forfait journalier hospitalier (2)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Frais de séjour (y compris maternité) (3)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
<b>Honoraires</b>						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

### 100% SANTÉ DENTAIRE

### Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé

<b>Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**</b>	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
<b>Soins autres que 100% Santé</b>						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO (6)	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %	
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	À compter de la 2 <sup>e</sup> année d'adhésion	115 %	125 %	150 %	175 %	225 %
	À compter de la 3 <sup>e</sup> année d'adhésion et suivantes	130 %	150 %	175 %	200 %	250 %
<b>Prothèses autres que 100% Santé - (panier à honoraires maîtrisés ou libres)</b>						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	À compter de la 2 <sup>e</sup> année d'adhésion	115 %	125 %	150 %	175 %	225 %
	À compter de la 3 <sup>e</sup> année d'adhésion et suivantes	130 %	150 %	175 %	200 %	250 %

### 100% SANTÉ OPTIQUE (7)

### Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé

<b>Équipements 100% Santé**</b>	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
<b>Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé</b>					
Monture et verres (Équipement de la Classe B - Panier Libre)*** :					
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	100 €	125 €	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	150 €	200 €	225 €	250 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles remboursées par le RO (par an) (y compris lentilles jetables) (8)	100 %	100 %	100 €	100 €	100 €

### SOINS COURANTS

<b>Médicaments</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires médicaux					
<b>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</b>					
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %



## SOINS COURANTS

OPTIMA 1 OPTIMA 2 OPTIMA 3 OPTIMA 4 OPTIMA 5

### Actes d'imagerie et actes d'échographie :

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
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 %
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Matériel médical</b>					
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %

### **AIDES AUDITIVES** (Renouvellement tous les 4 ans) <sup>(9)</sup>

### Depuis le 1er janvier 2021 - 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 %	125 %
Accessoires et fournitures	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

## SERVICES

Tiers payant national – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux familiers...)	Bénéficie de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat santé

L'assureur des garanties est QUATREM.

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). Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent 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.

(1) En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie - Hors Chirurgie esthétique.

(2) 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) où la durée est limitée à 30 jours. Par contre, le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), n'est pas pris en charge.

(3) 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 tels que définis dans l'article L 174-6 du code de la SS et à l'art L 312-1 du code de l'AS &F) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

(4) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours. La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées. Le lit accompagnant est pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans.

(5) 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.

SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(6) 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.

(7) 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, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue. La périodicité de deux ans ou d'un an 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 est plafonné à 100€ depuis le 1er janvier 2020. 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.

(8) Pour les formules OPTIMA 1 et OPTIMA 2, les lentilles refusées par le Régime Obligatoire ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire. Au-delà du forfait, les lentilles sont remboursées au ticket modérateur.

(9) Limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans.

\*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 disponibles depuis le 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 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.

1er janvier 2020

1er janvier 2021

-  **Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier optique <sup>(1)</sup>**
-  **Zéro reste à charge sur une partie du panier dentaire <sup>(2)</sup> (prothèses fixes uniquement)**
-  **Une baisse du reste à charge moyen de 250 € par aide auditive**

-  **Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier dentaire <sup>(2)</sup>**
-  **Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier aides auditives <sup>(3)</sup>**

## 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<sup>ère</sup> 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 et canines)
- Full Zircon et métalliques (pour toutes les dents)

#### Prothèses amovibles à base de résine (à partir du 01/01/2021)



### 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  $\geq$  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 01/01/2020.

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

		OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	24,00 €	105,51 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>83,30 €</b>	<b>1,79 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	24,00 €	64,76 €	105,51 €	159,85 €	183,30 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>159,30 €</b>	<b>118,55 €</b>	<b>77,79 €</b>	<b>23,45 €</b>	<b>0 €</b>

## DENTAIRE

		OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Détartrage	DÉPENSE	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	36 €	36 €	66 €	96 €	156 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>418,70 €</b>	<b>418,70 €</b>	<b>388,70 €</b>	<b>358,70 €</b>	<b>298,70 €</b>
Couronne céramo-métallique sur molaires	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	32,25 €	32,25 €	59,13 €	86 €	139,75 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>431,20 €</b>	<b>431,20 €</b>	<b>404,33 €</b>	<b>377,45 €</b>	<b>323,70 €</b>
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>

# EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

## OPTIQUE

		OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLJANE OPTIMA	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	<b>100% SANTÉ</b> RESTE À CHARGE	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLJANE OPTIMA	0,06 €	100 €	125 €	150 €	175 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>344,85 €</b>	<b>244,91 €</b>	<b>219,91 €</b>	<b>194,91 €</b>	<b>169,91 €</b>

## AIDES AUDITIVES

		OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Aides auditives de classe I par oreille (Depuis le 01/01/2021)	DÉPENSE	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLJANE OPTIMA	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €
	<b>100% SANTÉ</b> RESTE À CHARGE	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Aides auditives de classe II par oreille (Depuis le 01/01/2021)*	DÉPENSE	1178 €	1178 €	1178 €	1178 €	1178 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLJANE OPTIMA	160 €	160 €	160 €	160 €	260 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>778 €</b>	<b>778 €</b>	<b>778 €</b>	<b>778 €</b>	<b>678 €</b>

## SOINS COURANTS

		OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLJANE OPTIMA	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLJANE OPTIMA	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLJANE OPTIMA	9 €	9 €	9 €	9 €	23 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>15 €</b>	<b>15 €</b>	<b>15 €</b>	<b>15 €</b>	<b>1 €</b>
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLJANE OPTIMA	6,90 €	6,90 €	6,90 €	6,90 €	24,15 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>34 €</b>	<b>34 €</b>	<b>34 €</b>	<b>34 €</b>	<b>16,75 €</b>

\* Conformément à la réforme du 100 % Santé, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur deuxième prémolaires est passée depuis le 01/01/2020 de 107,50 € à 120 € et celle des aides auditives de 300 € à 350 €. Depuis le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives est passée à 400 €.

# 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, infirmière, intervenant médical
- ✓ 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 ET D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE :

- ✓ Aide à domicile
- ✓ Présence d'un proche
- ✓ Prise en charge des animaux domestiques
- ✓ 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, Néoliane vous offre deux services médicaux complémentaires et gratuits : **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 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**



# Statuts constitutifs

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016



## TITRE I

### Formation - Dénomination - Durée - Objet Composition - Siège Social

#### Article 1. Constitution

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1er 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 détenu 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.

# CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION NÉOLIANE OPTIMA N°0032621

## PREAMBULE

Le contrat d'assurance frais de santé Néoliane Optima est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle. Ce contrat est dénommé ci-après le « **contrat groupe** ».

Le contrat groupe est matérialisé par un contrat cadre, regroupant les garanties assurées par Quatrem au titre du contrat N°0032621, signé entre l'assureur et l'association GPST.

Il est souscrit par l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous, ci-après dénommée l'« **Association GPST** », association régie par la loi du 1er juillet 1901 – 38-40, avenue des Champs-Élysées 75008 Paris, auprès de QUATREM, au profit de ses adhérents.

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

L'assureur des garanties Frais de Santé est **QUATREM** - SA au capital de 510 426 261 euros - régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris. Société du groupe Malakoff Humanis, ci-après dénommée l'« **Assureur** ».

L'assureur délègue la gestion du contrat au gestionnaire **MUTUA GESTION**, 187 avenue Jacques Douzans - BP 90051-31600 Muret Cedex, immatriculée au RCS de TOULOUSE sous le numéro 788998078 et inscrit à l'Orias sous le numéro 13007119, ci après dénommé le « **Gestionnaire** » ou « **Centre de gestion Néoliane** ».

Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information et l'IPID, qui définissent 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'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

**La qualité d'Adhérent à l'Association est une condition d'accès à la présente convention.** Le contrat groupe est régi par le Code des Assurances. Il est soumis à la loi française et toute action judiciaire afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

## DEFINITIONS

**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'Adhérent. Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

**Adhérent** : Les Adhérents sont des personnes physiques, à partir de 18 ans et jusqu'à 85 ans inclus, qui bénéficient des prestations de l'Assureur et en ouvrent le droit à leurs Ayants droit dans les conditions de l'article 6 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

**Assurés** : Personnes physiques jusqu'à 85 ans inclus, habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le ou les Ayants droit désigné(s) par celui-ci le cas échéant.

**Ayants droit** : Sont considérés comme Ayants droit :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent 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'Adhérent et de son concubin, devra être adressée au Gestionnairesur demande ;
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'Adhérent et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux ;
- les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 26<sup>e</sup> anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur à quatre-vingt (80) % et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion.

**Hospitalisation** : 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 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.

**Maladie** : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

**Maladie inopinée** : toute altération de la santé constatée par autorité médicale compétente, présentant un caractère soudain et imprévisible.

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

**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'Adhérent n'ait besoin de lui adresser.

**Ticket Modérateur (TM)** : Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Adhérent, après l'intervention de Sécurité sociale français obligatoire.

**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'Adhérent à l'assurance maladie. L'Assureur délivre à l'Adhérent 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.

## ARTICLE 1. OBJET DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais de santé engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

## ARTICLE 2. CONDITIONS D'ADHESION

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

- Être adhérentes à l'Association GPST,
- Être résidentes en France métropolitaine,
- Relever du Régime Obligatoire français,
- Être âgées de 18 à 85 ans inclus à la date de signature de la demande d'adhésion, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance.

Le demandeur, après avoir reçu sur support durable les présentes Conditions générales, le document d'information normalisé sur le produit d'assurance et le tableau de garanties, remplira avec soin une Demande d'adhésion au sein de laquelle il choisit son niveau de garanties selon les formules proposées. Cette demande est transmise au Gestionnaire. L'adhésion au contrat résulte de la signature de ladite demande par laquelle l'Adhérent manifeste expressément sa volonté de bénéficier des prestations garanties, pour lui-même, et le cas échéant pour ses Ayants droit. L'Adhérent signe pour ses Ayants droit.

**La signature de la Demande d'adhésion emporte acceptation des dispositions des présentes Conditions générales valant Notice d'information. L'Adhérent reconnaît les avoir reçues et en avoir pris connaissance avant la signature de la Demande d'adhésion.**

Une carte de Tiers Payant santé est délivrée à l'Adhérent, lui permettant, ainsi qu'à ses Ayants droit le cas échéant, de bénéficier d'un service de dispense d'avance de frais sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité. L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Les modalités de fonctionnement de la carte, les prestations couvertes, les dates d'ouverture et de clôture des droits, les personnes concernées et les droits d'utilisation sont précisés sur la carte. Les Assurés qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Assureur. La carte de Tiers Payant santé ne sera délivrée que pour les Adhérents à jour de leur cotisation.

## ARTICLE 3. MODALITÉS DE L'ADHESION

Le demandeur, après avoir pris connaissance des présentes conditions générales, de l'IPID et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion. Le demandeur devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

- son conjoint, personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement ;

# CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION SUITE NÉOLIANE OPTIMA N°0032621

- Son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune ;
- Son partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité ;
- Les enfants,
  - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint,
  - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
    - ▷ qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
    - ▷ qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
    - ▷ qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi ;
    - ▷ 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 soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

L'Adhèrent s'oblige sur demande de l'Assureur, à tout moment, à justifier par tous moyens (certificat de scolarité, extrait d'acte de naissance, avis d'imposition...) que son conjoint, son partenaire de Pacs, son concubin, ses enfants à charge répondent bien à la définition ci-avant.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi parmi les cinq (5) proposés (OPTIMA 1 ; OPTIMA 2 ; OPTIMA 3 ; OPTIMA 4 ; OPTIMA 5).

Les garanties choisies seront identiques pour les ayants droit.

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

## ARTICLE 4. COTISATIONS

### 4.1 Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation, fixé à la souscription, est calculé en fonction des éléments suivants :

- Du niveau de garanties souscrit ;
- Du nombre d'Assuré au contrat ainsi que leur âge, calculé par différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée ;
- Du régime d'affiliation de l'Adhèrent ;
- De la zone d'habitation de l'Adhèrent.

En tout état de cause, le contrat est « solidaire », le montant de la cotisation ne dépendant 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 et est fixée au Certificat d'adhésion.

### 4.2 Dates et modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est à payer au plus tard dix (10) jours après la date d'échéance indiquée au Certificat d'adhésion. La cotisation est payable selon les modalités choisies par l'Adhèrent et figurant sur le Certificat d'adhésion : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Dans tous les cas, le paiement s'effectue par prélèvement automatique.

À chaque échéance, l'Adhèrent reçoit un appel de cotisation. L'Adhèrent a la possibilité, à chaque échéance annuelle du Contrat et sous condition d'en avoir fait la demande écrite auprès du Gestionnaire deux (2) mois auparavant, de modifier le fractionnement de la cotisation.

### 4.3 Résiliation pour défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de leur échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhèrent une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec avis de réception l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion du Contrat s'il ne régularise pas la situation d'ici l'expiration du délai de quarante (40) jours suivant cette mise en demeure.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises au Gestionnaire.

### 4.4 Modification du montant 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.

Les cotisations sont révisables chaque année à effet du 1er janvier compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services et notamment à partir des éléments suivants :

- Modification de la législation sociale et/ou fiscale ;
- Changement du niveau de garanties ;
- Changement ou modification du Régime Obligatoire d'assurance maladie ;
- Ajout ou sortie d'un Ayant droit ;
- Changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués à l'Adhèrent dans les formes habituelles et payables pour l'année suivante, le règlement s'effectuant conformément aux modalités indiquées dans la Demande d'adhésion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'assurance maladie), l'Assureur se réserve le droit d'effectuer les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

## ARTICLE 5. VIE DU CONTRAT

### 5.1 Prise d'effet des garanties

L'adhésion au contrat est réputée conclue au jour de la signature par l'Adhèrent de la demande d'adhésion, sous réserve de remplir les conditions légales et contractuelles d'adhésion.

La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion remis à l'Adhèrent. Elle est toujours fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la demande d'adhésion signée par le prospect, sous réserve d'acceptation du dossier par le gestionnaire et du bon encaissement de la première cotisation. Aucun effet antérieur à la date de réception de la demande d'adhésion ne sera accepté.

**L'adhésion est souscrite pour une période initiale de 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'article 5.5 de la présente notice d'information.**

**Une fois la période initiale de 12 mois écoulée, la date d'échéance de l'adhésion est ainsi fixée au 1er janvier de chaque année.**

### 5.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date de prise d'effet de la suspension ou de la résiliation du contrat.

Pour les ayants droit, assurés au titre du présent contrat, les garanties cessent :

- À la date de la résiliation du contrat par l'Adhèrent,
- Au décès de l'Adhèrent,
- À la date à laquelle ils perdent le statut de bénéficiaire,

Les ayants droit, une fois radiés, ne peuvent plus bénéficier des garanties au titre du présent contrat, **cette radiation étant définitive**. Toutefois, ils peuvent adhérer à titre individuel à un nouveau contrat individuel souscrit auprès d'un organisme du groupe Malakoff Humanis en leur nom propre.

### 5.3 Modification du Contrat

#### 5.3.1 Modification 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 internet :

[www.neoliane.fr/service-client](http://www.neoliane.fr/service-client),



# CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION SUITE NÉOLIANE OPTIMA N°0032621

Par courrier :

**NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE**  
**455 promenade des anglais, Imm. Nice Plaza 5e**  
**06200 NICE**

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

**Cette modification ne pourra être effectuée qu'à l'issue de la première échéance du Contrat dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois d'adhésion.**

Le Gestionnaire transmet à l'Adhèrent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification. L'Adhèrent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Après acceptation par l'Adhèrent, sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prendra 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, sera 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).

## 5.3.2 Ajout ou sortie des Ayants droit

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

- **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 du contrat, 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 transmet à l'Adhèrent une proposition d'avenant matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhèrent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhèrent, la modification de l'adhésion prendra effet au 1er du mois suivant la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

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 bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit pour celui-ci.**

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

## 5.4 Informations à communiquer au cours du 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 et notamment :

- Un changement d'état civil ;
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Ayants droit 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.

## 5.5 Résiliation

### 5.5.1 Résiliation à l'initiative de l'Adhèrent

L'adhèrent peut résilier son adhésion :

- À échéance, moyennant un préavis de deux mois. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à minuit.
- À tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais, ni pénalité. La résiliation prend effet, à défaut de demande spécifique mentionnée dans la demande de résiliation, un mois à compter de la réception de la notification de l'adhèrent.

En cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L113-4 du code des assurances, l'Adhèrent peut aussi résilier son adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle Notice ou de l'additif à la présente Notice. Dans ce cas, la résiliation prend effet 30 jours à compter de la dénonciation de l'adhésion par l'adhèrent.

Modalités de la résiliation :

Lorsque l'adhèrent a le droit de résilier son adhésion, la notification de la résiliation peut être effectuée à son choix :

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au siège social : **Néoliane Santé & Prévoyance – Service Résiliation – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice**
- Par courriel à **www.neoliane.fr/service-client**, rubrique « **je souhaite résilier ou me rétracter** »

Néoliane Santé & Prévoyance confirmera par écrit la réception de la notification et un certificat de radiation précisant la date d'effet de la résiliation sera adressé à l'adhèrent.

Dans le cas où l'adhèrent souhaite résilier son adhésion afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, ce dernier pourra effectuer pour le compte de l'adhèrent souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation.

La notification de la résiliation devra être effectuée par lettre recommandée ou par lettre recommandée électronique à **Néoliane Santé & Prévoyance - 455 Promenade des anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 NICE** ou **resiliationgestion@neoliane.fr**

Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

### 5.5.2. Résiliation à l'initiative de l'assureur

En cas de non-paiement des cotisations par l'Adhèrent, le Gestionnaire peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 4.3 des présentes Conditions générales valant notice d'information.

En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhèrent sans que la mauvaise foi de ce dernier ne soit établie, et avant tout sinistre. La résiliation prend effet dix (10) jours après notification par lettre recommandée de la résiliation.

### 5.5.3. Résiliation par l'adhèrent ou par l'assureur

L'adhèrent ou l'assureur peut résilier l'adhésion à tout moment en cas de changement :

- De domicile en France métropolitaine,
- 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.

La notification de résiliation de l'adhésion doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent la date de l'évènement pour l'adhèrent. La résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la résiliation par la Partie à l'origine de la résiliation.

### 5.5.4. Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'adhèrent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- En cas de départ de la France métropolitaine. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit la cessation d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie.

# CONDITIONS GENERALES

## VALANT NOTICE D'INFORMATION SUITE

### NÉOLIANE OPTIMA N°0032621

#### 5.5.5. Résiliation du Contrat Collectif par l'Association GPST

En cas de résiliation du Contrat Collectif à adhésion facultative signé entre l'Assureur et l'Association GPST, les effets (droits et obligations) se poursuivent à l'égard des adhésions antérieures à la résiliation, jusqu'à leur terme.

#### 5.5.6 Effets de la résiliation

La cessation des garanties entraîne, pour l'Adhérent et ses Ayants droit, la fin du droit aux prestations pour toutes demandes consécutives à une Maladie ou à un Accident dont la date des actes, soins ou prescriptions est postérieure à la date d'effet de la dénonciation de son adhésion.

Seuls les soins intervenus durant la période comprise entre la date d'effet du contrat et la date d'effet de la résiliation du contrat pourront faire être pris en charge.

À compter de la date de résiliation de son adhésion, l'Adhérent s'engage, pour lui et ses Ayants droit, à ne plus utiliser la ou les carte(s) de Tiers Payant sante auprès des professionnels de santé et à la (les) retourner à l'Assureur dans les meilleurs délais. D'une manière générale, il s'engage à renoncer à tous les services de l'Assureur dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci, sans préjudice pour l'Assureur de recouvrer les sommes indument versées.

La qualité de membre adhérent à l'association GPST se perd à la fin de l'adhésion au présent contrat. Aucune rupture d'adhésion au contrat ne peut découler de la perte du statut de membre adhérent à l'association GPST.

Lorsque l'adhésion est résiliée dans les conditions prévues au contrat, l'adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

En cas d'encaissement de cotisations pour une période non couverte, l'adhérent sera remboursé de celles-ci dans un délai maximal de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

## ARTICLE 6. LES GARANTIES

### 6.1 Personnes garanties

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire français.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

### 6.2 Etendue des garanties

Les prestations du contrat sont accordées à tout assuré résidant habituellement en France métropolitaine, pour tout acte résultant d'accident, de maladie ou de maternité ayant donné lieu à remboursement par le régime général de la Sécurité sociale des travailleurs salariés, TNS, exploitants agricoles ou du régime Alsace-Moselle.

Toutefois des prestations peuvent être prévues pour certains actes non remboursés par ces régimes. Ces prestations sont alors expressément mentionnées au tableau de garanties joint aux présentes Conditions générales valant notice d'information.

Ainsi, les garanties sont acquises :

- aux Assurés résidents en France métropolitaine ;
- **uniquement en cas d'Accident ou de Maladie inopinée**, tels que définis au sein des présentes Conditions générales valant notice d'information : aux Assurés résidant en France métropolitaine dans le cadre d'un déplacement occasionnel à l'étranger de moins de trois mois et dans la limite de six mois par année civile.

La prise en charge lors de séjours occasionnels à l'étranger dont l'objet est pour un Assuré de recevoir des soins médicaux (« tourisme médical ») est exclue.

Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge partiellement par la Sécurité sociale. Les remboursements complémentaires sont alors effectués en euros.

### 6.3 Nature et niveau des garanties

La nature et le niveau des garanties choisies par l'Adhérent sont précisés dans le tableau des garanties joint aux présentes Conditions Générales valant notice d'information, selon le choix de l'Adhérent parmi les formules proposées.

Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties souscrit et des frais réellement engagés par l'Adhérent ou ses bénéficiaires, le remboursement :

- Des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes

faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,

- Des dépenses de soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique non prises en charge par la Sécurité sociale,
- Des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties,
- Des dépenses de prévention mentionnées au tableau de garanties.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale, le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité sociale ou Ticket Modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins. En cas de litige entre l'Adhérent et la Sécurité sociale, l'Assureur se conforme à la position de la Sécurité sociale.

**L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :**

- **s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**

- **s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

**Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.**

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Le bénéficiaire des garanties peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas le total des remboursements perçus ne peut excéder le montant de la dépense réelle.

### Contrat responsable

Le présent contrat relève du dispositif « contrat responsable », c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif visé à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application permettant à certains contrats complémentaires santé de bénéficier d'une aide ou d'une taxe spéciale sur les conventions d'assurance à un taux réduit. En cas de contradiction entre les dispositions légales et réglementaires relatives aux « contrats responsables » en vigueur au jour de la prise d'effet du présent contrat et celles prévues par le présent contrat, les règles du « contrat responsable » prévaudront. Le présent contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable ».

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, l'Assureur ne rembourse pas :

- **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par l'Adhérent pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**
- **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).**
- **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par l'Adhérent lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**
- **La majoration de la participation supportée par l'Adhérent sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).**
- **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les Assurés consultent sans prescription du médecin traitant.**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

## PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES OPTIQUE, DENTAIRE ET AIDES AUDITIVES

### FRAIS D'OPTIQUE

Prise en charge d'un équipement d'optique médicale (verres et monture).

Deux classes d'équipement optique sont définies :

# CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION SUITE NÉOLIANE OPTIMA N°0032621

- l'équipement optique de « classe A » sans reste à charge pour l'Adhérent : cet équipement est remboursé à frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du 100% santé ;

- l'équipement optique de « classe B » : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans la limite des garanties mentionnées dans le tableau des garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B » ;

- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

La prise en charge s'effectue dans la limite de ces forfaits pour chaque composante de l'équipement (verres ou monture).

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction, dont la dioptrie est égale à 0) sont exclus, hors condition d'appairage.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis ainsi :

## Verres simples :

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,

- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

## Verres complexes :

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,

- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

## Verres très complexes :

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'Assureur sous réserve du respect des périodicités de renouvellement. La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'Assureur depuis le 1er janvier 2018.

En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodes de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, ces équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans, par bénéficiaire ;

- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une

période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement ;

- par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Ce délai de renouvellement est réduit à un an pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans en cas d'évolution de la vue.

La justification de cette évolution de la vue, dans les conditions visées par la réglementation, doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit par adaptation par l'opticien-lunetier de la prescription médicale.

Constitue une évolution de la vue :

- la variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;

- la variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;

- la somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;

- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;

- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;

- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

Aucun délai de renouvellement **des verres** n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;

- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement de manière anticipée s'apprécie soit sur présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit en fonction de l'adaptation de la prescription médicale faite par l'opticien.

## DENTAIRE

**Depuis 1er janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % santé » puis au 1er janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires, trois paniers de soins prothétiques sont définis :**

- un panier « 100 % santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019 paru au Journal Officiel du 30 mai 2019) remboursé à frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,

- un panier aux tarifs maîtrisés / modérés, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau des garanties,

- un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

## AIDES AUDITIVES

**Depuis le 1er janvier 2021 :**

Deux classes d'équipement auditif sont définies :

- l'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé à frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;

- l'équipement auditif de « classe II » : cet équipement est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties. Elles respectent le plafond de 1700 euros prévu dans le cadre du contrat « responsable ». Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive tels que les tickets modérateurs des consommables, des piles ou des accessoires.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ou par l'Assureur depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

# CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION SUITE NÉOLIANE OPTIMA N°0032621

Sauf dans le cas du « Tiers payant », les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par virement sur le compte bancaire déterminé par l'Adhèrent.

Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que l'Adhèrent et ses Ayants droit doivent fournir pour obtenir les résultats escomptés.

## ARTICLE 7. MONTANT DES REMBOURSEMENTS

### 7.1 Remboursement des prestations « frais de santé »

#### 7.1.1 Taux de remboursement

Le taux de remboursement et les bases de remboursement du régime de Sécurité sociale pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

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 garantie, et dans la limite des frais engagés.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé aux présentes Conditions générales valant Notice d'information, sont exprimés, suivant le cas :

- En pourcentage du forfait en vigueur fixé par la Sécurité Sociale ;
- En pourcentage de la Base de remboursement fixée par la Sécurité sociale ;
- En Frais réels (FR) ;
- En montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie 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.

Les forfaits (sauf optique et aides auditives) sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du niveau de garanties choisi.

#### 7.1.2 Limite aux remboursements

**Les remboursements des frais de soins de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhèrent au moment du sinistre.**

**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'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.**

Dans le cas où le cumul des prestations servies par l'Assureur ou un organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par l'Assureur seraient réduites à due concurrence.

Si l'Adhèrent est partiellement garanti par une police individuelle d'Accident, l'Assureur ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses tarifs de responsabilité.

#### 7.1.3 Demande de remboursement

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 remboursements de frais de santé sont effectués par l'Assureur au vu des documents transmis par la Caisse d'Affiliation du Bénéficiaire et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission.

À défaut d'application du procédé de la Télétransmission, les remboursements sont effectués à réception des pièces suivantes :

- La prescription médicale ;
- Le cas échéant, le justificatif de paiement : facture acquittée... ;
- Les décomptes du Régime Obligatoire.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale, feuillet de remboursement de prestations spécifiques...).

Les justificatifs sont à adresser au centre de gestion :

**CENTRE DE GESTION NÉOLIANE - BP 90051 - 31602 MURET Cedex.**

## ARTICLE 8. LES EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par l'Assureur :

- les hospitalisations dans le cadre d'une opération de chirurgie esthétique ;
- les actes référencés ou non par le régime obligatoire et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire au certificat d'adhésion ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé ;
- les frais de séjour au-delà de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et au delà de 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 tels que définis dans l'article L 174-6 du code de la SS et à l'art L 312-1 du code de l'Action Sociale & des Familles ;
- le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier hospitalier au sein des unités de soins de longue durée (USLD) au-delà de 30 jours ;
- la chambre particulière au-delà de 30 jours, par an et par Assuré ;
- la chambre particulière et le lit accompagnant dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées tels que définis dans l'article L 174-6 du code de la SS et à l'art L 312-1 du code de l'AS&F ;
- le lit accompagnant lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de plus de 16 ans ;
- les frais de transport sanitaire du malade ou de l'accidenté non remboursés par la Sécurité sociale, sans prescription médicale et sans accord préalable du service médical de la Sécurité sociale si ce dernier était requis ;
- les lentilles refusées par le régime obligatoire pour les formules optima 1 et 2 ;
- limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans.

## ARTICLE 9. CONTROLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

### 9.1 Contrôle des dépenses

Le médecin missionné par le Gestionnaire peut demander à l'Adhèrent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles 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.

**À 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. Le membre participant à la faculté de se faire assister du médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.**

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.

### 9.2 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



# CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION SUITE NÉOLIANE OPTIMA N°0032621

Par courrier :

**NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE**  
455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème  
06200 Nice

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'Adhérent. 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 des tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

## ARTICLE 10. FACULTÉ DE RÉTRACTATION ET 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 (cf. notamment la vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L112-2-1 II du code des assurances, l'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir soit à partir 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 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 internet ou par courrier écrit :

Sur internet :

[www.neoliane.fr/service-client](http://www.neoliane.fr/service-client) rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»

Par courrier :

**NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE**  
455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème  
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 adhère dans ce cadre à un règlement ou à un Contrat collectif à adhésion facultative 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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin 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 L112-9 du Code des assurances, l'Adhérent peut renoncer au présent contrat.

La demande de renonciation doit être adressée sur internet ou par courrier écrit :

Sur internet : [www.neoliane.fr/service-client](http://www.neoliane.fr/service-client) rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»

*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 11. LES CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT

La résiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les Assurés.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'Adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation. En cas de résiliation du contrat par l'Adhérent, chaque Assuré ayant son propre numéro de Sécurité sociale aura la possibilité de demander le prolongement de ses garanties. Un nouveau contrat sera alors émis.

Pour les Adhérents de plus de 85 ans, la résiliation est définitive et empêche de souscrire à nouveau le présent contrat.

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés à l'article 5.5 des présentes Conditions générales valant notice d'information.

## ARTICLE 12. LA PRESCRIPTION

**Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du Contrat sont prescrites pour deux (2) 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, du fait de l'Adhérent, que du jour où le Gestionnaire en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, 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'Adhérent contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent, ou a été indemnisé par celui-ci.**

**Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

Constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé (article 2241 à 2243 du Code civil) ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles

d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;

- 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. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

## ARTICLE 13. LE SERVICE CLIENTS, LES RÉCLAMATIONS ET LA MÉDIATION

### Examen des réclamations

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

Sur internet : [www.neoliane.fr/service-client](http://www.neoliane.fr/service-client), rubrique « réclamations »

Par courrier :

**NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE - SERVICE QUALITÉ**  
**455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5ème**  
**06200 Nice**

Pour le cas où la réponse ne donnerait pas satisfaction, l'Adhérent peut écrire à :

**Pôle réclamations QUATREM**  
**Offre Néoliane Optima**  
**TSA 20002**  
**78075 Saint Quentin en Yvelines cedex**  
**[reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com](mailto:reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com)**

Comme précisé par la recommandation sur le traitement des réclamations 2016-R-02 du 14 novembre 2016 de l'ACPR modifiée, les délais de traitement ne peuvent excéder :

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

Si le désaccord persiste après la réponse fournie, l'Adhérent ou l'Assureur peuvent avoir recours, sur simple demande écrite, au médiateur de l'assurance, dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée. Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de l'assurance**  
**TSA 50110**  
**75441 Paris cedex 09**

La saisine du médiateur de l'assurance interrompt la prescription.

Le médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, dont les parties à la médiation devront être informées.

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal compétent.

## ARTICLE 14. L'ORGANISME DE CONTRÔLE

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 PARIS Cedex 9.

## ARTICLE 15. LA SUBROGATION

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Assureur dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Assureur se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure

engagée, l'Assureur n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

## ARTICLE 16. PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'Adhérent est informé par l'Assureur, ci-après désignée Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'Adhérent peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- La souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- La gestion des avis de l'Adhérent sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'Adhérent ;
- L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'Adhérent ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- La proposition à l'Adhérent de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'Adhérent.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'Adhérent pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'Adhérent est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'Adhérent sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'Adhérent sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'Adhérent ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'Adhérent sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'Adhérent venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en

matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'Adhérent varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'Adhérent et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'Assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ses données, post-mortem. L'Assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à **Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9**

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'Adhérent dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par

courrier à l'adresse suivante : **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.**

## **ARTICLE 17. OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE**

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, l'Adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- Soit par voie postale, en écrivant à : société OPPOSETEL – service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10000 TROYES ;
- Soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr).

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas le Gestionnaire ou la Mutuelle de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de son contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer 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.

## 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'événement 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 SANTE

#### 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 ou une immobilisation imprévue et immédiate au domicile ;
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadritérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation ;
- de décès ;
- d'événement 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 6.3 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'événement.

*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'événement.

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 DES 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 proscrits), 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'événement 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

#### 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, 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, 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.



# NOTICE D'INFORMATION CONTRAT 20170928-000002158 (SUITE)

## CONVENTION D'ASSISTANCE

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES



#### 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, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :
- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »
- La garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent
- 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 ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 15 interventions réparties sur une période maximale de 15 jours.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

#### 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'ÉVÉNEMENT 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, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant, OU

En cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie 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, 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 apporté par avance.

#### 6.3 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 A 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, gérontologiques et gériatriques,
- 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 Optima souscrit par l'adhérent auprès de Néoliane Santé & Prévoyance.

### 8.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de Néoliane Santé & Prévoyance pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par Néoliane Santé & Prévoyance 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 Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

### 8.4 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 :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
2. 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 avec accusé de réception adressée 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 et sur la base légale de l'exécution du contrat d'assurance :

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

Ces données sont utilisées par IMA ASSURANCES pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- 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) ;
- 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.

Ces données peuvent être transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires d'IMA chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier Inter Mutuelles Assistance GIE, à tout intervenant dans l'opération d'assistance, y compris les autorités pour l'obtention des éventuelles autorisations nécessaires ainsi qu'à NEOLIANE SANTÉ à l'exception des données à caractère médical sauf opposition de votre part en cochant la case ci-après.

Sous réserve d'une décision d'adéquation ou moyennant la mise en place de garantie appropriées, les données 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 aux sous-traitants techniques d'IMA ASSURANCES 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. Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées par le Responsable de Traitement. 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 le consentement donné au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort / dpo@ima.eu. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des services associés.

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 d'IMA ASSURANCES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu. 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 : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 PARIS.

### 8.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site [www.ima.eu](http://www.ima.eu), Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) ou par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

### DÉFINITIONS

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

Adhérent ayant souscrit un contrat Néoliane Optima auprès de Néoliane Santé & Prévoyance.

#### • 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).

#### • Bénéficiaire 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.

#### • 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, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

#### • Maladie

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

## ANNEXE 1 À LA NOTICE D'INFORMATION N°0032621 - Relative aux frais de gestion et au taux de redistribution

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2019 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux de 2019
Taux de redistribution <sup>(1)</sup>	81,74%
Taux de frais de gestion <sup>(2)</sup>	23,04%

(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.





Produit distribué et co-conçu par NÉOLIANE SANTÉ - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - Intermédiaire en assurances - Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Produit assuré par QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros - régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris. Société du groupe Malakoff Humanis.

Produit : NÉOLIANE OPTIMA

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 OPTIMA 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 OPTIMA 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 OPTIMA 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 OPTIMA 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** : Honoraires, Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **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 de contact remboursées par le RO - Régime Obligatoire ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, 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, Lit accompagnant.

#### 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 en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation imprévue, d'hospitalisation imprévue, de chimio/radiothérapie, ou de décès.
- Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances et définies aux conditions générales d'assistance.

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



### QU'EST CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les indemnités complémentaires à la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La prise en charge lors de séjours occasionnels à l'étranger dont l'objet est pour un Assuré de recevoir des soins médicaux (« tourisme médical »).
- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet du contrat.
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation du contrat ou la date de cessation des garanties.

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.
- ! La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière et lit accompagnant** : Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours ;
- ! **Forfait journalier hospitalier** : Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD), les établissements médico-sociaux (MAS) et les 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 ?

- ✓ En France métropolitaine
- ✓ À l'étranger, en cas d'accident ou de maladie inopinée :
  - aux assurés se déplaçant en dehors du territoire français pour une durée de moins de 3 mois et dans la limite de 6 mois par année civile,
  - aux assurés en déplacement à raison de leur activité professionnelle dans le cadre d'un détachement,
  - les frais engagés d'une manière occasionnelle sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité Sociale.

NB : Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, Monaco et Andorre) et en outre-mer. Pour plus de détails, se référer aux conditions générales d'assistance.



## 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 et signer la demande d'adhésion,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation prévue au contrat,
- Être âgés à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et de 85 ans inclus maximum, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance,
- Résider en France métropolitaine.

En cours de contrat :

- Informer les services de l'assureur en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de situation familiale, de régime de Sécurité sociale,
- Régler les cotisations prévues au contrat.

Pour le versement des prestations

- Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies à la souscription. La périodicité de prélèvement peut être mensuelle, semestrielle, trimestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

**Début du contrat** : La couverture prend effet à la date choisie par l'adhérent et mentionnée sur le certificat d'adhésion. La date d'effet est fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la demande d'adhésion complétée et signée, sous réserve d'acceptation du dossier par le gestionnaire et du bon encaissement de la première cotisation.

**Durée du contrat** : Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction.

**Droit de renonciation au contrat** : L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus, qui commence à courir soit à partir 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.

**Fin du contrat** : La couverture de l'Adhérent prend fin :

- à la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat,
- au décès de l'Adhérent,
- à la date à laquelle ils perd le statut de bénéficiaire.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'adhérent a la faculté de résilier son adhésion :

- À chaque échéance, moyennant un préavis de deux mois. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à minuit.
- À tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois à compter de la réception de la notification de l'adhérent.

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 faite au siège social : **Néoliane Santé & Prévoyance – Service Résiliation – 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza 5ème - 06200 Nice**
- Par courriel à [www.neoliane.fr/service-client](http://www.neoliane.fr/service-client), rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »

Par ailleurs, la même faculté lui est offerte en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation du montant de sa cotisation dans un délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.

Néoliane  
**OPTIMA**

NI\_NEOPTIMA\_0032621\_12/2020

## Néoliane

---

### SANTÉ & PRÉVOYANCE

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais - Imm.  
Nice Plaza 5ème – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS  
Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias  
sous le N° 09 050 488 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)). Autorité de contrôle prudentiel et de  
résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Produit assuré par **QUATREM** - SA au capital de 510 426 261 euros - régie  
par le Code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724  
RCS Paris. Société du groupe Malakoff Humanis.

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, soumise  
au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.

**NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE**  
455 Promenade des Anglais  
Immeuble Nice Plaza 5<sup>e</sup> – 06200 Nice  
[www.neoliane.fr](http://www.neoliane.fr)