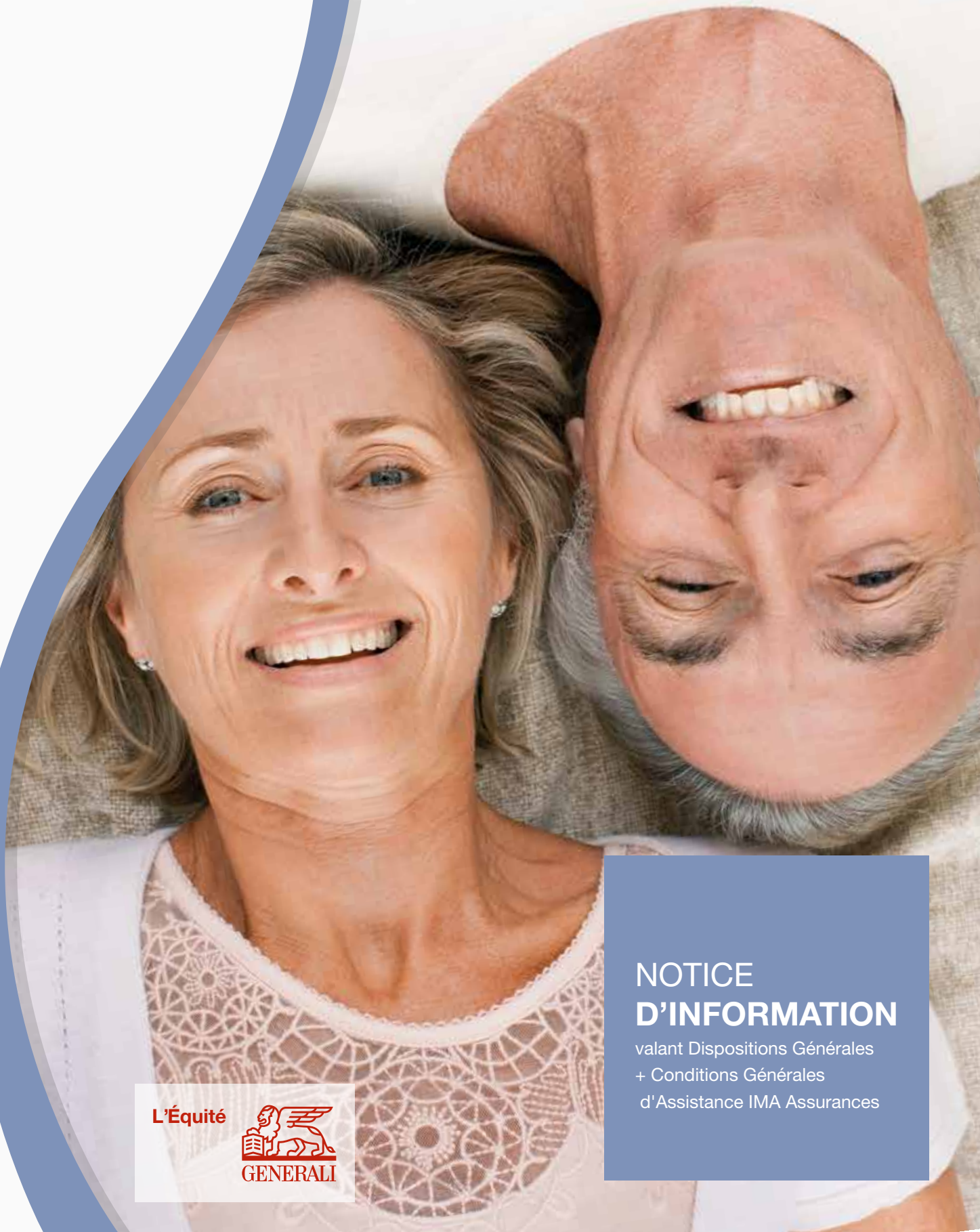
Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane
Sérénité+
Garanties santé spéciales seniors



NOTICE D'INFORMATION
valant Dispositions Générales
+ Conditions Générales
d'Assistance IMA Assurances

L'Équité
GENERALI

AVANTAGES AUX SENIORS

Néoliane SÉRÉNITÉ+ est une offre santé complète spécialement conçue pour les seniors.

Ses sept niveaux de couverture permettent de s'adapter à chacune de vos attentes.

Bénéficiez d'une bonne prise en charge tout en préservant votre porte-monnaie !

✓ **Aucun délai d'attente, aucun questionnaire**

L'adhésion à nos formules se fait sans délai d'attente et sans questionnaire médical. Nous nous engageons à vous assurer quel que soit votre état de santé.

✓ **Garanties spéciales seniors incluses**

Les formules Néoliane SÉRÉNITÉ+ remboursent plusieurs disciplines de la médecine naturelle, la cure thermale et bien d'autres prestations.

✓ **Tiers payant généralisé et remboursement par télétransmission dans les meilleurs délais**

Le tiers payant Viamedis vous dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé, soit plus de 190 000 accords sur tout le territoire français.

✓ **En compléments de vos garanties santé, Néoliane Sérénité+ vous offre :**

- **Des services d'assistance** : IMA Assurance
- **Des services médicaux et complémentaires** : MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr
  Rendez-vous en page 8 pour en savoir plus.

Néoliane SANTÉ & PRÉVOYANCE

CONFORME à la réforme 100% SANTÉ

TABLEAU DES GARANTIES
Néoliane Sérénité+

GENERALI

Adhésion possible à partir de 55 ans et jusqu'à 89 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 adhérent.

HOSPITALISATION	NS+1	NS+2	NS+3	NS+4	NS+5	NS+6	NS+7
SECTEUR CONVENTIONNÉ							
Forfait journalier hospitalier [1]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires							
Chirurgie et anesthésie pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	125 %	150 %	200 %	225 %	250 %	300 %
Chirurgie et anesthésie pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière [2]	-	-	50 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 2e année d'adhésion	-	30 € / jour	55 € / jour	65 € / jour	65 € / jour	75 € / jour	85 € / jour
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	-	40 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	90 € / jour
Frais accompagnant [3]	-	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Frais de transport [4]	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ							
Frais de séjour [2]	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier [1]	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires							
Chirurgie et anesthésie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

DENTAIRE	Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé						
Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**						
Soins							
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO [5]	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 2e année d'adhésion	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	100 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %	275 %
Prothèses - Panier Honoraires Maitrisés ou Libres							
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 2e année d'adhésion	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	100 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %	275 %
Prothèses dentaires, Implantologie, Parodontologie non pris en charge par le RO [6]	-	125 € /an	150 € /an	175 € /an	200 € /an	225 € /an	250 € /an
Plafond dentaire annuel (hors soins) [7]	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	700 €	900 €	1 100 €
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 2e année d'adhésion	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	1 000 €	1 200 €	1 400 €

OPTIQUE [8]	Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé						
Équipements 100% Santé** Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**						
Monture et verres (Équipement de la Classe B - Panier Libre)*** :							
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	125 €	150 €	175 €	200 €	250 €	250 €	250 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	200 €	200 €	240 €	275 €	350 €	400 €	450 €
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 2e année d'adhésion	200 €	250 €	290 €	325 €	400 €	450 €	500 €
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	200 €	300 €	340 €	375 €	450 €	500 €	550 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €

SOINS COURANTS	NS+1	NS+2	NS+3	NS+4	NS+5	NS+6	NS+7
Médicaments	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires médicaux							
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :							
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* [9]	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	200 %	200 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* [9]	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	180 %	180 %
Actes techniques médicaux :							
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %	175 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	155 %	155 %
Actes d'imagerie et d'echographie pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical							
Prothèses orthopédiques, médicales ou capillaires (forfait annuel)	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ — À compter de la 2e année d'adhésion	100 % + 30 €	100 % + 40 €	100 % + 50 €	125 % + 60 €	150 % + 70 €	175 % + 80 €	200 % + 90 €
BONUS FIDÉLITÉ — À compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	100 % + 50 €	100 % + 60 €	100 % + 70 €	125 % + 80 €	150 % + 90 €	175 % + 100 €	200 % + 110 €

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES	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 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ — À compter de la 2e année d'adhésion	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %

LES + SENIOR							
Médecines naturelles (forfait annuel et par bénéficiaire, limité à 25 € par acte) Ostéopathie, Chiropractie, Diététique, Pédicurie-Podologie, Acupuncture, Homéopathie	80 €	105 €	130 €	155 €	180 €	180 €	180 €
Cure thermale [10]	100 % + 125 €	100 % + 150 €	100 % + 175 €	100 % + 200 €	100 % + 225 €	100 % + 225 €	100 % + 225 €

LES + PRÉVENTION [11]	
Ostéodensitométrie, Détartrage annuel, Actes de dépistage Vaccins	Oui

SERVICES	
Tiers payant national Viamedis - Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Services d'assistance IMA (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux...)	Bénéficiez de l'assistance dès la date d'effet de votre contrat santé
MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr	Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par adhérent, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014 -1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Adhérent pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie conformément au décret N°2005-1226 du 29 septembre 2005. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données 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) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.
(2) Hors chambre ambulatoire, limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par adhérent pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par adhérent.
(3) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité. Ces frais comprennent le lit et/ou les repas de la personne accompagnante
(4) 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.
(5) 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.
(6) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
(7) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
(8) 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 adhérents (équipements 100% Santé de classe A). Les adhérents peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'adhérent 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.
(9) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par adhérent hors parcours de soins coordonnés.
(10) Remboursement limité aux frais réels et versé uniquement pour les prestations prises en charge par le régime obligatoire.
(11) Actes de prévention pris en charge dans la limite de 2 actes par an.

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

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

EQ1042A_TG_01/2021

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

DEPUIS LE 1ER JANVIER 2021

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

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

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

ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A
Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes
Des verres (amincis, antireflet et anti-rayure) et traitant l'ensemble des troubles visuels

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes
Pour les adultes (17 modèles - 2 coloris)
Pour les enfants (10 modèles - 2 coloris)

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE + MONTURE À TARIFS LIBRES

OU

MONTURE SANS RESTE À CHARGE + VERRES À TARIFS LIBRES

2 DENTAIRE - Panier 100% Santé
Zéro reste à charge

Couronnes :
- Céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1ère prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircones (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

3 AIDES AUDITIVES - Classe I
Zéro reste à charge

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

Les caractéristiques :

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

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

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2020.

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

		NS+1	NS+2	NS+3	NS+4	NS+5	NS+6	NS+7
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
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 €	355 €	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	24 €	91,93 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €
	RESTE À CHARGE	**83,30 €**	**15,37 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
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 €	431 €	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	24 €	37,59 €	105,51 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €
	RESTE À CHARGE	**159,30 €**	**145,71 €**	**77,79 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**

DENTAIRE

		NS+1	NS+2	NS+3	NS+4	NS+5	NS+6	NS+7
Détartrage	DÉPENSE	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	RESTE À CHARGE	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	36 €	36 €	66 €	96 €	126 €	156 €	186 €
	RESTE À CHARGE	**418,70 €**	**418,70 €**	**388,70 €**	**358,70 €**	**328,70 €**	**298,70 €**	**268,70 €**
Couronne céramo-métallique sur molaires	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	32,25 €	32,25 €	59,13 €	86 €	112,88 €	139,75 €	166,63 €
	RESTE À CHARGE	**431,20 €**	**431,20 €**	**404,32 €**	**377,45 €**	**350,57 €**	**323,70 €**	**296,82 €**
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	100% SANTÉ **RESTE À CHARGE**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

		NS+1	NS+2	NS+3	NS+4	NS+5	NS+6	NS+7
Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	125 €	150 €	175 €	200 €	250 €	250 €	250 €
	RESTE À CHARGE	**219,91 €**	**194,91 €**	**169,91 €**	**144,91 €**	**94,91 €**	**94,91 €**	**94,91 €**

AIDES AUDITIVES

		NS+1	NS+2	NS+3	NS+4	NS+5	NS+6	NS+7
Aides auditives de classe I par oreille (À compter du 01/01/2021)	DÉPENSE	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	890 €	890 €	890 €	890 €	890 €	890 €	890 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Aides auditives de classe II par oreille (Depuis le du 01/01/2020)*	DÉPENSE	1 476 €	1 476€	1 476 €	1 476€	1 476 €	1 476€	1 476€
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	140 €	140€	140 €	227,50 €	315 €	402,50 €	490 €
	RESTE À CHARGE	**1 126€**	**1 126 €**	**1 126 €**	**1 038,50 €**	**951 €**	**863,50 €**	**776 €**

SOINS COURANTS

		NS+1	NS+2	NS+3	NS+4	NS+5	NS+6	NS+7
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	**1 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	**1 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/ OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	9 €	17 €	23 €	23 €	23 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	**15 €**	**7,50 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**	**1 €**
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+	6,90 €	12,65 €	13,80 €	19,55 €	25,30 €	25,30 €	25,30 €
	RESTE À CHARGE	**34 €**	**28,25 €**	**27,10 €**	**21,35 €**	**15,60 €**	**15,60 €**	**15,60 €**

* Conformément à la réforme du 100 % Sante, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes 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.*

INTER MUTUELLES ASSISTANCE

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.

médecindirect
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 ?

Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

OU

Via l'application mobile MédecinDirect

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

deuxiemeavis.fr
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

Association GPST
38-40, avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris

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 ent rant 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 courant 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 agrées par le Conseil d'Administration.

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

Article 11. Convocation – Quorum

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

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

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

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

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

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et

contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

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

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

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

Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

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

Article 13. Procès-verbal

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

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

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

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

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

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

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

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

Chaque membre dispose d'une voix.

L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs.

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

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

Article 16. Règlement Intérieur

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

TITRE IV

Ressources – Dépenses – Comptes

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ; et
- des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.

Article 18. Dépenses

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

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

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

Article 19. Comptes annuels

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

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

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

Article 20. Commissaires aux comptes

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

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

TITRE V

Dissolution – Divers

Article 21. Dissolution de l'Association

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

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

NOTICE D'INFORMATION
VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES
EQ1042_NI_01/2021

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

Le contrat groupe est géré dans le cadre de la convention n°AQ 001 776.

Il se compose des documents suivants :
- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'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.

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

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

Le souscripteur est 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 l'Equité, au profit de ses adhérents.

Le distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ** - 455 Promenade des Anglais Immeuble 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 Santé est **L'ÉQUITÉ**, Société Anonyme au capital de 26 469 320 euros, Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Paris B 572 084 697 – Siège Social : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026., ci-après dénommée l'« Assureur ».

L'assureur délègue la gestion du contrat au gestionnaire **OWLIANCE GESTION** – BP 90051 31602 MURET Cedex, ci-après dénommé le « Gestionnaire » ou « Centre de Gestion Néoliane ».

ARTICLE 1. OBJET DE L'ADHÉSION
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 adhérents 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'ADHÉSION
L'admission à la présente assurance en qualité d'adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :
- Être adhérentes à l'Association GPST,
- Relever du Régime Obligatoire français,
- Être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 55 ans minimum et de 89 ans maximum, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance,
- Être résidentes en France métropolitaine.

Les frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse sont exclus du bénéfice de cette gamme.

ARTICLE 3. MODALITÉS D'ADHÉSION
Le demandeur à l'assurance après avoir reçu et pris connaissance du devis, de la Notice d'information, de l'IPID/ DIC et du tableau de garantie, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

Son conjoint,
- Âgé entre 55 ans minimum et 89 ans maximum,
- Personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
- Son concubin,
- Son partenaire.

Les enfants,
- Âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'adhérent ou 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.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (NS+1, NS+2, NS+3, NS+4, NS+5, NS+6, NS+7). Les garanties choisies seront ensuite 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.
Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association GPST dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée mensuellement. À ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'association.

ARTICLE 4. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION
L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent de la demande d'adhésion. Le contrat prend effet à compter du jour indiqué sur votre certificat d'adhésion pour une période initiale de 12 mois. La date d'effet est toujours fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la demande d'adhésion signée par Néoliane Santé & Prévoyance, sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Aucun effet antérieur à la date de réception de la demande d'adhésion par Néoliane Santé et Prévoyance ne sera acceptée.
L'adhésion se renouvele ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, qui est l'échéance du contrat, sauf en cas de dénonciation dans les conditions de l'article 25 de la présente notice d'information. La résiliation de votre adhésion peut également être mise en œuvre dans les circonstances et délais indiqués à l'Article 5 Résiliation de l'adhésion. Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

ARTICLE 5. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION
L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

Formes de la résiliation
Lorsque la résiliation vient de l'adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des Assurances, elle doit se faire :
- par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au siège social :

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

- ou sur le site internet à l'adresse suivante :

www.neoliane.fr/service-client/,

rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

Conséquences de la résiliation
Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Résiliation par l'adhérent
L'adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.

L'adhérent peut résilier son adhésion à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'adhérent (L113-15-2 du Code des Assurances).

L'adhérent peut également résilier son adhésion en cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. L'état de santé ne peut être pris en compte dans l'appréciation. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par l'assureur
L'assureur peut résilier l'adhésion :
- en cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par l'adhérent ou par l'assureur
L'adhérent ou l'assureur peut résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des assurances). La demande doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur.

La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

Résiliation de plein droit
L'adhésion est résiliée de plein droit :
- en cas de décès de l'adhérent. 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.

ARTICLE 6. DÉCLARATIONS
Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.
Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

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

En cours de contrat
L'adhérent 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 inexactes ou caduques et notamment :
- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par écrit :
- en ligne, sur www.neoliane.fr/service-client
- par courrier à l'adresse suivante :

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

Ces événements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.
En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'adhérent.

ARTICLE 7. CONDITIONS DES GARANTIES
Pour bénéficier des garanties, les adhérents 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. En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

ARTICLE 8. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties de l'adhésion sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime.

ARTICLE 9. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.
Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'adhérent s'applique.

ARTICLE 10. GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La gamme comporte plusieurs niveaux de garanties (NS+1, NS+2, NS+3, NS+4, NS+5, NS+6, NS+7) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Les montants de remboursements s'entendent :

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

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

- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- En Frais réels (FR),
- 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.
  À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), les forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par adhérent, 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 de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro.

Pour le forfait optique, la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Depuis le 1er janvier 2020 et conformément à la réforme 100% Santé, le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100 € dans le cadre d'un équipement de classe B et ne pourra pas excéder 30€ pour un équipement de classe A.

Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat.

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

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

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

ARTICLE 11. EXCLUSIONS

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

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

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

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

ARTICLE 12. CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et le Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014).
En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent.
Le tarif pourra également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties.

ARTICLE 13. MODIFICATIONS DES GARANTIES

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent 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,

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

Par courrier :

NEOLIANE 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'Adhérent 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'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Après acceptation par l'Adhérent, 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).

ARTICLE 14. AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

À l'échéance principale :
L'adhérent 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.

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'adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de l'adhésion prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint,
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prendra effet à 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'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 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'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- À la date du décès,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'assureur pourra demander à l'adhérent 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 et sans formalité pour celui-ci.

Dans tous les cas : Suite à la demande d'ajout ou de sortie d'un ayant droit, l'adhérent recevra une lettre ayant valeur d'avenant, par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. Sans retour de sa part dans le mois qui suit la réception de ce courrier, la modification des ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant.

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant.
La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « Cotisations ».
S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

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

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime d'assurance maladie en vigueur lors de l'adhésion au contrat.
Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'assureur se réserve la faculté de procéder à une révision de l'adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.
L'adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

ARTICLE 16. PRESTATIONS

Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion. Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion :
- par mail à **neoliane@owliance.com**
- par courrier à :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051 – 31602 MURET Cedex

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties. Les prestations sont réglées dans les meilleurs délais qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.
Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français. Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des adhérents.

Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des adhérents bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.
Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant :
- par mail à neoliane@owliance.com
- par courrier à :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051 – 31602 MURET Cedex.

L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.
En cas de rejet de la télétransmission, l'adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte.
Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

NOTICE D'INFORMATION
SUITE

Tiers payant :
L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant. Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur.

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

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

- par mail à **neoliane@owliance.com**
- par courrier à :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051 – 31602 MURET Cedex.

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

Justificatifs à produire :
Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer :
- par mail à **neoliane@owliance.com**
- par courrier à :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051 – 31602 MURET Cedex

dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :
- Les décomptes des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire ;
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier ;
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à une prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ;
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité ;
- Le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires acceptées ;
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires refusées ;
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres et indiquant le type de verres ou indiquant les frais de lentilles. Il est rappelé à l'adhérent que la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Depuis le 1er janvier 2020 et conformément à la réforme 100% Santé, le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100 € dans le cadre d'un équipement de classe B et ne pourra pas excéder 30€ pour un équipement de classe A. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans. L'évolution de la vue doit être justifiée :
- Soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
- Soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- Pour les vaccins non remboursés, la facture détaillée et acquittée,
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Pour les médecines douces, la facture détaillée du praticien diplômé d'État ;
- Lorsque l'adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les décomptes établis par l'organisme en cause ;
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant l'affiliation avec l'adhérent ;
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant l'affiliation avec l'adhérent ;
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires y compris des originaux. L'adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

ARTICLE 17. CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

Contrôle des dépenses
Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent 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'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.
En fonction du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.
De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

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

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

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'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 du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 18. COTISATIONS

Montant de la cotisation
La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des adhérents et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des adhérents. La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque adhérent. La cotisation totale est due par l'adhérent.

Variation de la cotisation :
La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion. En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du régime obligatoire d'assurance maladie, ajout ou sortie de bénéficiaire, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. Au premier janvier de chaque année, en dehors de l'évolution de la cotisation en fonction de l'âge atteint chaque année par l'Adhérent calculée par différence de millésimes, l'Assureur réévaluera le montant des cotisations en fonction des résultats techniques de la garantie et de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené en cours d'année à procéder à une réactualisation des tarifs. Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

Révision de la cotisation
L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai. L'adhérent pourra être informé par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Paiement de la cotisation
La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 5 ou 10 du mois précédant la quittance. En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

Défaut de paiement
Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut – indépendamment de son droit de poursuite en justice – adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties de l'adhésion seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque adhérent, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension. En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement. À défaut, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

ARTICLE 19. SUBROGATION
En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des adhérents envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ARTICLE 20. PRESCRIPTION
Conformément aux dispositions des articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances :
« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.
Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »
Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :
« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

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

ARTICLE 21. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :
- en ligne, sur
www.neoliane.fr/service-client, rubrique Réclamations
- par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance - Service Qualité
455 promenade des anglais, Immeuble Nice Plaza 5ème
06200 Nice

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

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

Les délais de traitement de la réclamation de l'adhérent 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 l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de l'adhésion, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.
La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'adhérent ou l'assureur.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.
Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de votre demande par le Service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à :

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

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

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

ARTICLE 22. INFORMATIONS SUR LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après :
Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'Equité en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé & Prévoyance, en tant que Délégataire :
- Souscription des contrats,
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes;
- Gestion et règlement des sinistres
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, règlementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

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

Les informations collectées seront conservées dans des bases de données sécurisées pour toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires.

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

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

- La source d'où proviennent les données à caractère personnel : Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de L'Assureur, Néoliane Santé & Prévoyance. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Les destinataires ou les catégories de destinataires

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

Localisation des tratements de vos données personnelles

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

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

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

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

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

Les durées de conservation

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

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :
- D'un droit d'accès : Vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification : Vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : Vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement ;
- Du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : Vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles
- D'un droit à la portabilité des données : Vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement

possible.

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

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

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

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

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

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

Néoliane Santé & Prévoyance

Adresse électronique : **dpo@neoliane.fr**

Adresse postale : **455 promenade des Anglais, Imm. Nice Plaza 5ème 06200 Nice**

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité : droitdacces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Droit d'introduire une réclamation

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

Clause spécifique relative aux obligations règlementaires

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

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

Profilage et prise de décision automatisée

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

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

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

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

Prospection

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

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

ARTICLE 23. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

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

ARTICLE 24. 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.**

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 votre contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous 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.

ARTICLE 25. DROIT DE RENONCIATION

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

Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par correspondance ou internet). Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.
Ce délai commence à courir soit à partir de la date de signature de l'Adhérent au 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 par écrit sur le site :

www.neoliane.fr/service-client,
rubrique "Je souhaite résilier ou me retracter"

ou envoyée à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais - Immeuble 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 signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités».

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

La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

www.neoliane.fr/service-client,
rubrique "Je souhaite résilier ou me retracter"

ou envoyée à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza 5ème
06200 Nice

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées. Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

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

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

ARTICLE 26. TAUX DE REDISTRIBUTION ET DE FRAIS DE GESTION

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 (1)	56,55%
Taux de frais de gestion (2)	35,77%

(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.

TERRITORIALITÉ

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

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

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

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

Pièces justificatives

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

GARANTIES SANTÉ

1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES SANTÉ

1.1 FAITS GÉNÉRATEURS

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

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

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 INTERVENTION

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

1.2.1 DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3.2 à 3.4, 6.1 à 6.3 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'évènement.

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

2. GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1 CONSEIL SOCIAL

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

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

2.2 INFORMATIONS JURIDIQUES

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

2.3 INFORMATIONS MÉDICALES

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments 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.

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'ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT

4.1 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.
IMA ASSURANCES organise et prend en charge selon la situation :

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

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

5. GARANTIES EN CAS DE RADIOTHÉRAPIE / CHIMIOTHÉRAPIE

En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, 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 À L'APPLICATION DES GARANTIES

7.1 INFRACTION

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

7.2 FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un évènement garanti entraine 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 BÉNÉFIAIRE

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 dégagée 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 Sérénité+ 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 & Prevoyance pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par Néoliane Santé & Prevoyance 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 fausse 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 & PRÉVOYANCE à l'exception des données à caractère médical sauf opposition de votre part.

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, 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 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
Evénement 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 Sérénité+ auprès de Néoliane Santé & Prevoyance.

• 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 thermale 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.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais Immeuble 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.
Assuré par **L'ÉQUITÉ** – 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – SA au capital de 26 469 320 € – RCS Paris B 572 084 697 – Entreprise régie par le Code des assurances – Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : **NÉOLIANE SÉRÉNITÉ+**

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

Qu'est ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ **Hospitalisation :** Secteur conventionné : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Secteur non conventionné ;
✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire ;
✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles (y compris lentilles jetables); Chirurgie réfractive
✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure), Cure thermale, Matériel médical.
✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant ;
- **Dentaire** : Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire
- **Soins courants** : Médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure).

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 SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE :

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

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

Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

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

Cette liste n'est pas exhaustive.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites 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.
! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

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

Cette liste n'est pas exhaustive.

Référence : 01/2021

Où suis-je couvert ?

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

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'adhérent s'applique.

Quelles sont mes obligations ?

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

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association GPST ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Être âgé(e) entre 55 ans et 89 ans inclus ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

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

En cas de sinistre :

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

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel, Trimestriel ou Semestriel).
Les paiements peuvent être effectués par chèque (règlement annuel uniquement) ou prélèvement automatique.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. L'adhérent dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, 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.

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. La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quel qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, en adressant une notification à l'assureur au moins deux mois avant sa date d'échéance, dans les conditions prévues à l'article L113-14 du code des assurances.
Au-delà d'un an à compter de la date de la première souscription, vous pouvez résilier le contrat à tout moment dans les mêmes conditions. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification.
Par ailleurs, la même faculté vous est offerte en cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou à l'augmentation du montant de votre cotisation dans un délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre vous informant desdites modifications.

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 internet à **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »**.

Référence : 01/2021

Néoliane

Sérénité+

Garanties santé spéciales seniors

EQ1042_NI_01/2021 – Janvier 2021

Néoliane

SANTÉ & PRÉVOYANCE

Distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - 455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5e – 06200 Nice SAS au capital de 2 000 000 € RCS Nice 510 204 274 - Immatriculation ORIAS : 09 050 488 (www.orias.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

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

Les garanties d'assistance pour la partie santé et prévoyance 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.