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, Étiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure, Diététique).

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

Produit 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.