Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 38-40 avenue des Champs-Elysées 75008 Paris – SAS au capital de 455 524 € – RCS Paris 812 962 330 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N°19 004 119, et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré et co-conçu par **PREPAR-IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 343 158 036 – (LEI : 9695008UHMH3007T1B62)

Produit : NÉOLIANE TONIK

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 TONIK 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 TONIK 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'assuré 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 TONIK 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'assuré.
Le produit NÉOLIANE TONIK 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. Les plafonds figurent au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ **Hospitalisation :** Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Forfait patient urgences (FPU) ;
✓ **Dentaire :** Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire ;
✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles acceptées par le Régime Obligatoire ;
✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Matériel médical ;
✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé - (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II. ;
✓ **Autres soins** : Médecines complémentaires (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), Cure thermale.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Confort Hospi et Frais accompagnant (TV, lit et repas par assuré - lit et repas par accompagnant) ;
- **Optique** : Lentilles refusées par le Régime Obligatoire

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

✓ Tiers Payant, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé) ;
✓ MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr.

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 coche ✓ 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 ;
✗ Forfait journalier hospitalier : sont exclus : les séjours en gérontologie, en instituts médico pédagogiques, une unité de soins longs séjours, en établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
✗ Les soins effectués à des fins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermale »), la thalassothérapie.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

! 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.

AUTRES EXCLUSIONS

! **Les frais de séjour** : non couverts au-delà d'une durée maximum de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés et 90 jours par an et par assuré en rééducation fonctionnelle.
! **Chambre particulière et lit accompagnant dans les établissements ou services suivants** : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Chambre particulière et lit accompagnant** : Prise en charge dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire ;
! **Forfait journalier hospitalier** : Ne sont pas pris en charge les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
! **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** : Renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Référence : 02/2022

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré par **PREPAR IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurance – RCS Nanterre N° 343 158 036
Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Niort N° 481 511 632
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Adhérents résidant à titre principal en France Métropolitaine, en Guadeloupe et en Martinique, pour des frais engagés sur ces mêmes zones géographiques.

Elles s'étendent aux accidents survenus et Maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois mois, si le Régime Obligatoire français d'Assurance Maladie de l'adhérent s'applique.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

À l'adhésion au Contrat groupe :
- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Résider en France métropolitaine, Martinique ou Guadeloupe ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et sans limite d'âge ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous ;
- Relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat : ces changements peuvent dans certains cas entrainer la modification du contrat et de la cotisation.
- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle) ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

Pour le versement de la prestation :
- Déclarer le sinistre au Gestionnaire dans les meilleurs délais et en tout état de cause dans un délai maximum de 24 mois à compter du sinistre ;
- Transmettre dans les délais prévus les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de l'adhésion.
La périodicité du paiement peut etre mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation.
L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement la première année à sa date anniversaire. Puis, les années suivantes, elle se renouvelle à l'échéance au 1er janvier de chaque année, sauf en cas de résiliation.
L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qui commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La couverture prend fin :
- À la date de résiliation quelqu'en soit le motif, quelle qu'en soit la Partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'assureur.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois:
- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à :
  Néoliane Santé & Prévoyance – Service Résiliation – 455 promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5ème – 06200 Nice
- Par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».**

Une fois la première année d'adhésion écoulée, l'Adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un (1) mois après réception de la notification de résiliation par l'assureur.
Enfin, en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.

Référence : 02/2022