ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – SAS au capital de 455 524 € – RCS Paris 812 962 330 – 38-40 avenue des Champs-Elysées 75008 Paris – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr), et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème 06200 Nice – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré et co-conçu par **L'ÉQUITÉ** – SA au capital de 26 469 320€ – RCS Paris B 572 084 697 – 2 rue Pillet-Will 75009 Paris – Entreprise régie par le code des assurances – Société appartenant au groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le N° 026.

Produit : NÉOLIANE INNOV'SANTÉ

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'Assuré. Toutes les informations sur ce produit sont présentes dans la documentation contractuelle et précontractuelle.

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

- Le produit Néoliane Innov'Santé 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 de ses éventuels ayants droits, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.
- **Le produit Néoliane Innov'Santé est « NON RESPONSABLE »** car ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux. Cependant, il est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend de l'état de santé de l'Assuré.

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 choisie et par conséquent une somme peut rester à la charge de l'Assuré.

Le détail de ces plafonds figure sur le tableau des garanties.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ **Hospitalisation :** Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Honoraires, Frais de transport ;
✓ **Dentaire :** Soins dentaires, Inlays-onlays ;
✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant (lit et frais repas par jour), Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision – par année d'adhésion et par Assuré) ;
- **Dentaire** : Orthodontie, Prothèses dentaires, Inlay-Core, Implantologie remboursés par le Régime Obligatoire, Implants, Parodontie, et Orthodontie pour adulte non remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire ;
- **Optique** : Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles acceptées ou non par le Régime Obligatoire, Chirurgie réfractive de l'oeil ;
- **Aides auditives** : Prothèses auditives de la Classe II., Accessoires et fournitures, Forfait appareils auditif (hors 100% Santé) ;
- **Autres soins** : Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio), Médecines complémentaires (ostéopathe, pédicure, podologue, étiopathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, mésothérapeute, réflexologue, diététicien, nutritionniste), Cure thermale.

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 : les séjours en gérontologie, en instituts médico pédagogiques, en unité de soins longs séjours et 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 :

! Le frais liés aux paniers 100% santé ;
! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! **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) ;
! **Frais de séjour, Chambre particulière et Confort hospitalier** : 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 de 30 jours par an et par Assuré 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.
! **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 global** : Prise en charge des postes optique, dentaire et audiologie dans la limite d'un forfait global valable tous les ans et par assuré.

Référence : 09/2022

OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France Métropolitaine pour des frais engagés sur cette même zone géographique.

Elles s'étendent aux accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois (3) mois, si le Régime Obligatoire français d'Assurance Maladie de l'Assurés 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 ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Résider en France métropolitaine ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et sans limite d'âge à la date d'adhésion figurant sur la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- 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 annuelle (ou fraction de cotisation) prévue à l'échéancier.

Pour le versement de la prestation :
- Transmettre dans les délais prévus les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de deux (2) ans suivant la date de la prestation.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique selon la périodicité convenue à l'adhésion. La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un (1) an. Elle se renouvelle tacitement chaque année à sa date anniversaire, sauf en cas de résiliation.

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours qui court soit à partir du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'Adhérent 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 que soit la partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance anniversaire du contrat 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 – Imm. Nice Plaza 5ème – 06200 Nice
- Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».**

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

Référence : 09/2022