

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance



Produit co-conçu et co-distribué par **GRUPE SANTIANE HOLDING** - 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS - SAS au capital de 511 539 € - RCS Paris 812 962 330 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias N° 19 004 119 (www.orias.fr) et co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 - 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 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92800 PUTEAUX - SA au capital de 800 000 € - RCS Nanterre 343 158 036 - Entreprise régie par le Code des assurances - Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNQ (BPCE - SIRET 493 455 042) - LEI : 9695008UHMH3007T1B62.

Produit : **NÉOLIANE ÉNERGIK**

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 ÉNERGIK sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties qui détaille le niveau des remboursements.

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?

Le produit NÉOLIANE ÉNERGIK est un produit d'Assurance Complémentaire Santé « NON RESPONSABLE », il ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux prévu aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Ce produit est cependant « 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. En cas d'Accident, de Maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels Ayants droit, après l'intervention de la Sécurité Sociale et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.



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** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Forfait actes lourds ;
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Inlay-Core, Implantologie et Orthodontie remboursés par la Sécurité Sociale, Plafond dentaire ;
- ✓ **Optique** : Monture et verres, Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives** : Prothèses auditives.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant.
- **Soins courants** : Médecines naturelles (ostéopathie, chiropractie, homéopathie, acupuncteur, naturopathe, étioopathie, diététicien, kinesithérapie, podologue), Pharmacie non remboursée par la Sécurité Sociale, Cure thermale.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ **Tiers Payant**, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé).

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ **Aide à domicile** : en cas d'Accident ou de Maladie entraînant une Hospitalisation ;
- ✓ **Présence d'un proche** : en cas d'Accident ou de Maladie entraînant une Hospitalisation ;
- ✓ **Soutien psychologique** : en cas d'évènements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires ;
- ✓ **Avance des frais d'inhumation** : en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

« 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 cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermale ») ou la thalassothérapie ;
- ✗ Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- ! La majoration du Ticket Modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **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, ... ;
- ! **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 de 60 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) puis réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale ;
- ! **Frais de séjour et Honoraires** : Remboursement limité au Ticket modérateur durant les 3 premiers mois d'adhésion ;
- ! **Chambre particulière et Frais accompagnant** : non couverts au-delà d'une durée maximum de 30 jours par an et par Assuré. Non pris en charge dans les services ou établissements 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) ;
- ! **Orthodontie, Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie, Plafond dentaire** : Remboursement limité au Ticket modérateur durant les 3 premiers mois d'adhésion. **Plafond dentaire selon la formule souscrite** ;
- ! **Optique** : la fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 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.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France Métropolitaine, en Guadeloupe, Guyane, La Réunion 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 (3) mois, si le Régime Obligatoire français de l'Adhérent s'applique.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- résider en France métropolitaine, Martinique, Guyane, La Réunion ou Guadeloupe ;
- être âgé(e) d'au moins 18 ans et jusqu'à 89 ans inclus 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 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 entraîner 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 :

- faire parvenir tous 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 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, puis, les années suivantes, elle se renouvelle à l'échéance au 1^{er} 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 :

- en cas de résiliation quel qu'en soit le motif ou la Partie à l'origine ;
- en cas de décès de l'Adhérent ;
- dans les conditions prévues au contrat ;
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut notamment résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à vingt-quatre (24) heures (article L.113-12 du Code des assurances).

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à :
Néoliane Santé - Service Résiliation - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 ;
- Sur l'espace adhérent : **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 faculté de résilier son adhésion, 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.