

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane
TONIK

PREPAR
ASSURANCE

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES
N° 2/030

- + Statuts GPST
- + Conditions Générales d'Assistance
IMA Assurances

POURQUOI CHOISIR LE PRODUIT Néoliane TONIK ?



UNE ADHÉSION EN TOUTE SIMPLICITÉ ET RÉCOMPENSÉE

Dès 18 ans et sans limite d'âge, adhérez sans attendre et **bénéficiez de réductions avantageuses** pour les couples (-7 %) et les familles* (-10 %).

Aucune formalité administrative ni médicale n'est requise.

**si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale)*



DES GARANTIES VARIÉES POUR TOUS LES PROFILS

Vous êtes **assuré pour tout type de soins** et bénéficiez notamment d'une prise en charge pour la **chambre particulière***, la **médecine naturelle** ou encore la **cure thermale**.

**excepté pour la formule 1*



DES BONUS FIDÉLITÉ POUR TOUTE LA FAMILLE

Votre **fidélité est récompensée** avec des garanties en hospitalisation, dentaire, soins courants et aides auditives qui seront **augmentées dès la 2^{ème} année d'adhésion**.

DES GARANTIES AU MEILLEUR TARIF

Faites des économies
avec le produit santé **NÉOLIANE TONIK** :
un rapport qualité/prix imbattable.

DES SERVICES INCLUS DANS VOTRE CONTRAT



Services médicaux complémentaires :
MédecinDirect et Deuxiemeavis.fr



Services d'assistance :
IMA Assistance





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 1^{ère} prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircons (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

- Céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives)
- Métalliques sur 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



Adhésion possible à partir de 18 ans et sans limite d'âge

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 interviennent en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, par Assuré.

HOSPITALISATION

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)						
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) en SSR ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	120%	140%	165%	190%	215%
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115%	135%	155%	205%	230%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130%	150%	170%	220%	245%
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145%	165%	185%	235%	260%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100%	120%	145%	170%	195%
Chambre particulière (hors ambulatoire) ⁽³⁾	-	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour
Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) ⁽³⁾	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait patient urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE

Depuis le 1^{er} 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 ⁽⁶⁾			100 %	100%	120 %	140 %	165 %	190 %
Orthodontie remboursée par le RO			100 %	140%	165 %	190 %	215 %	240 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion		115 %	155 %	180 %	205 %	230 %	255 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion		130 %	170 %	195 %	220 %	245 %	270 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes		145%	185%	210%	235%	260%	285%
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres								
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO			100 %	140%	165 %	190 %	215 %	240 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion		115 %	155 %	180 %	205 %	230 %	255 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion		130 %	170 %	195 %	220 %	245 %	270 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes		145%	185%	210%	235%	260%	285%
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁶⁾			Illimité	800 €	1000 €	1200 €	1400 €	1600 €

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁷⁾

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé**		Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé						
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	100 %	125€	125€	150€	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200€	200€	225 €	225 €	250 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100€	100€	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées ou refusées par le RO (par an) ⁽⁸⁾	100 %	50€	50€	50 €	75 €	75 €

SOINS COURANTS

Médicaments	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
--------------------	-------	------	------	------	------	------

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	120 %	125 %	140 %	165 %	190 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	105 %	105 %	105 %

Actes d'imagerie et d'échographie :

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Honoraires paramédicaux

Analyses et examens de laboratoire

Matériel médical

Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100%	100%	100%	100%	100%	125 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	-	-	125 %	125 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	115 %	115 %	115 %	140 %	140 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130%	130%	130%	155%	155%
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %



AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾

Depuis le 1^{er} 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 %	120 %	120%
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	110%	110%	110%	130%	130%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	120%	120%	120%	140%	140%
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130%	130%	130%	150%	150%

AUTRES SOINS

Cure thermique ⁽¹⁰⁾	100 %	100% + 50 €	100% + 50 €	100% + 75 €	100% + 75 €	100% + 100 €
Forfait médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue (par année d'adhésion et par Assuré - limité à 30 € / acte)	30 €	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €

SERVICES

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

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, 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'Assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et les produits de santé pris en charge par l'Assurance Maladie conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014. 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 séjours en gériatrie, des Instituts Médico Pédagogiques, des unités de soins longs séjours (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des soins effectués à des fins esthétiques, des cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales ») et de la thalassothérapie.
- (2) Illimité. Limité à la hauteur de la garantie pendant une durée limitée à 10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 90 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.
- (3) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 90 jours. Hors hospitalisation ambulatoire. La chambre particulière et le confort hospi et frais accompagnant sont pris en charge pendant une durée limitée à 10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 30 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) publics ou privés conventionnés (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), sous réserve de prise en charge de l'Assurance Maladie. Les frais accompagnant lors d'une hospitalisation sont pris en charge pour toute personne quel que soit son âge ou encore pour les malades atteints d'une infirmité.
- (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) Au-delà du plafond dentaire, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (7) 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 ; et tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. 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 Assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les Assurés 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'Assuré 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.
- (8) Pour la formule T1 seules les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge. Au-delà du forfait pour les formules, T2, T3, T4, T5 et T6, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale à condition que les lentilles soient prises en charge par le Régime Obligatoire.
- (9) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par Assuré et par période de quatre ans.
- (10) Les soins de cures thermales ainsi que les frais de transports et d'hébergement afférents pris en charge ou non par le RO donnent lieu à un remboursement, dans la limite des garanties de la formule choisie et des frais réellement engagés. Il est entendu que le forfait indiqué en euros est annuel et n'est valable que pour les frais de transport et d'hébergement.

*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.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont exprimés en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2022.

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

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	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 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	24 €	78,34 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €	28,96 €	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	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	24 €	24 €	78,34 €	146,27 €	183,30 €	183,30 €
	RESTE À CHARGE	159,30 €	159,30 €	104,96 €	37,03 €	0 €	0 €

DENTAIRE

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Détartrage	DÉPENSE	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 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	RESTE À CHARGE	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 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	36 €	84 €	114 €	144 €	174 €	204 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	370,70 €	340,70 €	310,70 €	280,70 €	250,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	36 €	84 €	114 €	144 €	174 €	204 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	370,70 €	340,70 €	310,70 €	280,70 €	250,70 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	0,06 €	125 €	125 €	150 €	150 €	175 €
	RESTE À CHARGE	344,85 €	219,91 €	219,91 €	194,91 €	194,91 €	169,91 €

AIDES AUDITIVES

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Aides auditives de classe I par oreille (Depuis le 01/01/2021)	DÉPENSE	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Aides auditives de classe II par oreille (Depuis le 01/01/2021)*	DÉPENSE	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	160 €	160 €	160 €	240 €	240 €	240 €
	RESTE À CHARGE	1076 €	1076 €	1076 €	996 €	996 €	996 €

SOINS COURANTS

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	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 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	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 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	9 €	15 €	16,50 €	21 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	9 €	7,50 €	3 €	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 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	6,90 €	6,90 €	8,05 €	8,05 €	8,05 €	8,05 €
	RESTE À CHARGE	34 €	34 €	32,85 €	32,85 €	32,85 €	32,85 €

* Conformément à la réforme du 100 % Santé, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur deuxième 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 €. Depuis le 01/01/2022, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur molaires est passée de 107,50 € à 120 €.

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, infirmières, intervenants médicaux
- ✓ 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 IMPRÉVUE OU D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE (DE PLUS DE 3 JOURS)

- ✓ Aide à domicile
- ✓ Présence d'un proche
- ✓ Prise en charge des animaux domestiques

EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE AU DOMICILE :

- ✓ Livraison de médicaments

Inter Mutuelles Assistance (IMA) vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.



24H/24 7J/7
☎ 05 49 76 66 30

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, votre contrat santé comporte deux services médicaux complémentaires dès la souscription du contrat : **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.



à vos côtés, où que vous soyez

Bénéficiez d'un service de téléconsultation, accessible 24/7 et qui vous permet de consulter des médecins généralistes ou spécialistes.

➤ COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

Via l'application mobile MédecinDirect

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



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**

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 en tant que 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 cours 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 agréés 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

Statuts constitutifs

SUITE

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 N° 2/030

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance frais de santé **NÉOLIANE TONIK** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat relève des branches 1 (Accidents) et 2 (Maladie) définies à l'article R321-1 du Code des assurances. Il est dénommé ci-après le Contrat groupe.

Une adhésion au Contrat Groupe est composée des documents suivants :

- Le bulletin d'adhésion signé par le demandeur à l'assurance ;
- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du Contrat groupe ;
- 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. En cas de modification des garanties (cf. Article 13), le dernier Certificat d'adhésion adressé à l'Adhérent vient compléter l'ensemble de ces documents.

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

L'Assureur et co-concepteur du Contrat groupe est **PREPAR-IARD**, Société Anonyme au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurances – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le N° 343 158 036 – N° LEI : 9695008UHHM3007T1B62 – Siège social : Immeuble Le Village, Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex, ci après dénommé « **L'Assureur** ».

Le Souscripteur est l'**Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous**, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social se situe au 38-40 avenue des Champs-Élysées, 75008 Paris, ci-après dénommée l'« **ASSOCIATION GPST** ». L'Association GPST souscrit auprès de PREPAR-IARD ce Contrat groupe au profit de ses Adhérents.

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nice sous le N° B 510 204 274 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.oriass.fr) – Siège social : 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 NICE, ci-après dénommé le « **Courtier** ».

L'Assureur délègue la gestion des garanties du Contrat groupe à **MUTUA GESTION**, Société par actions simplifiée unipersonnelle au capital de 4 300 000€ – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulouse sous le N° 788 998 078 – Immatriculée au Registre des intermédiaires en assurance tenu par l'ORIAS sous le N° 13 007 119 – Siège social : 187 Avenue Jacques Douzans - BP 90051 - 31600 MURET, ci-après dénommé le « **Gestionnaire ou Centre de gestion Néoliane** ».

Le co-concepteur et co-distributeur du Contrat groupe est **GROUPE SANTIANE HOLDING** (GSH), Société par actions simplifiée au capital de 455 524 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des sociétés de Paris sous le N° 812 962 330 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 19 004 119 (www.oriass.fr) – Siège social : 38 avenue des Champs Élysées - 75008 Paris – Intervient en qualité de co-courtier de Néoliane Santé.

Cette Notice d'information est régie par le droit français et

notamment le Code des assurances. L'assureur s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

DÉFINITIONS

Accident : Toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré. **Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.**

Adhérent : L'Adhérent est la personne physique signataire de la demande d'adhésion, qui bénéficie des prestations de l'Assureur et en ouvre le droit à ses éventuels Ayants droit dans les conditions de l'Article 3 de la présente Notice d'information.

Assurés : Personnes physiques habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le(s) Ayant(s) droit désigné(s) par celui-ci le cas échéant.

Ayants droit : Sont considérés comme Ayants droit :

- **Le Conjoint** :
 - âgé à la date de signature de la demande d'adhésion entre 18 ans minimum et sans limite d'âge, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance ;
 - personne avec laquelle l'Adhérent est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement ;
 - le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, devra être adressée au Gestionnaire sur demande ;
 - le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) conclu avec l'Adhérent ;
- **Les Ascendants, Descendants et Collatéraux** à condition qu'ils vivent sous le toit de l'Adhérent et qu'ils soient reconnus fiscalement à sa charge par le Régime Obligatoire de l'Adhérent ou celui de son Conjoint ;
- **Les Enfants** :
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à la charge de l'Adhérent ou à celle de Conjoint au sens du Régime Obligatoire duquel relève l'Adhérent ou son Conjoint ;
 - âgés de 18 à 28 ans inclus, s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion ;
 - sans limite d'âge s'ils bénéficient des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

Hospitalisation : Tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une Maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. **Il est précisé que ne sont garanties par le contrat que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale, à savoir les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des unités ou centres de soins de longue durée.** Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du contrat les actes prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisations à domicile (H.A.D.) prises en charge par la Sécurité Sociale.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

Régime Obligatoire (RO) : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent

et ses Ayants droit.

Synonymes : Assurance Maladie Obligatoire, Sécurité sociale

Télétransmission : Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'information automatisé entre les caisses d'assurance maladie et l'Assureur. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à l'Assureur sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Ticket Modérateur (TM) : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise) et qui reste à charge de l'Assuré.

Tiers Payant (TP) : Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. L'Assureur délivre à l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur sur les actes éligibles.

ARTICLE 1. OBJET DE L'ADHÉSION

Le présent Contrat groupe est un contrat d'assurance frais de santé qui a pour objet le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés par les Assurés à l'occasion d'un Accident, d'une Maladie ou d'une maternité, en complément des prestations versées par un Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels.

ARTICLE 2. CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission au Contrat groupe en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- Être Adhérentes à l'Association GPST dont les frais d'adhésion sont prélevés en même temps et selon la même périodicité que la cotisation d'assurance (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle). À ce titre, l'Adhérent reçoit une copie des statuts de l'Association ;
- Relever du Régime Obligatoire français, être à jour du paiement de leurs cotisations au titre du Régime Obligatoire auquel elles sont affiliées ;
- Être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion d'au moins 18 ans, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance ;
- Être résidents en France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique.

À cela s'ajoute pour les Adhérents souhaitant bénéficier du régime fiscal prévu par la loi 94-126 du 11/02/1994 dite « loi Madelin » la condition d'exercer obligatoirement, une activité non salariée et non agricole et relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application de l'article 62 du Code général des impôts.

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 et du tableau de garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion. Il devra désigner ses éventuels Ayants droit, parmi :

- Le Conjoint ;
 - Les Enfants ;
 - Les Ascendants, Descendants ou Collatéraux ;
- tels qu'indiqués dans la définition « Ayants droit ».

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (T1, T2, T3, T4, T5, T6).

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les Ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au Contrat groupe, quel que soit le niveau de garanties choisi.

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

SUITE

Toute adhésion au Contrat groupe nécessite au préalable d'adhérer à l'Association GPST.

ARTICLE 4. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'Adhèrent de la demande d'adhésion. L'adhésion prend effet à compter du jour indiqué sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, pour une période initiale de 12 mois.

La date d'effet de l'adhésion est toujours fixée au plus tôt au trentième (30) jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

Aucun effet antérieur à la date de réception de la demande d'adhésion par Néoliane Santé ne sera accepté.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction à date anniversaire puis au 1er janvier de chaque année qui est l'échéance du contrat, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5 « Résiliation de l'adhésion ».

ARTICLE 5. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

Article 5.1 - Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation émane de l'Adhèrent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances :

➤ Sur l'espace adhérent : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »

➤ Par lettre (simple ou recommandée) ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressé au siège social : **Néoliane Santé - Service Résiliation - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE**

Lorsque la résiliation émane de l'Assureur, par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhèrent.

Article 5.2 - Conséquences de la résiliation

Les garanties restent acquises pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour une période non couverte, l'Adhèrent sera remboursé de celles-ci dans un délai maximal de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 5.3 - Cas de résiliation

a) Résiliation par l'Adhèrent

L'Adhèrent peut résilier son adhésion :

- À l'échéance selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de votre échéancier. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances).
- À tout moment, après l'expiration du délai d'un (1) an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prend effet un (1) mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhèrent (article L113-15-2 du Code des assurances).
- En cas de changement 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 il a eu connaissance de la proposition d'assurance. La résiliation prend effet un (1) mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

b) Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation (L.141-3 du code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhèrent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet quarante (40) jours après envoi de la lettre de mise en demeure.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent constatée avant un sinistre, 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 et entraîne la restitution à l'Adhèrent de la portion de prime payée pour la période où l'assurance n'est plus en vigueur.
- En cas de fraude constatée ou de déclarations fausses, inexactes ou réticentes au moment du sinistre. La résiliation prend effet dix (10) jours après notification par l'Assureur à l'Adhèrent.
- En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou de la reconduction de l'adhésion, il n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée. Dans le premier cas, la résiliation prend effet dix (10) jours après sa notification. Dans le second cas, si l'Adhèrent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou en cas de désaccord, dans le délai de trente (30) jours à compter de la proposition, l'Assureur peut résilier l'adhésion.

c) Résiliation par l'Adhèrent ou par l'Assureur

L'Adhèrent ou l'Assureur peut résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique (si le changement entraîne une modification tarifaire), de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou de 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). Si elle émane de l'Adhèrent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent la notification du changement par l'Adhèrent à l'Assureur.

Dans tous les cas, la résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la demande.

d) Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'Adhèrent. En présence d'un Conjoint parmi les Ayants droit, les garanties sont maintenues pour l'ensemble de la famille. En l'absence de Conjoint et en présence d'Ayants droit mineurs, le contrat est résilié à la date du décès. En l'absence de Conjoint et en présence d'un Ayant droit majeur, ce dernier sera désigné comme nouvel Adhèrent du contrat. En cas de désaccord de ce dernier, la résiliation du contrat interviendra à la date souhaitée.
- En cas de départ de France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique. La résiliation prendra effet un (1) mois après notification du départ ;
- Si l'Assuré ne relève plus du Régime Obligatoire français. La résiliation prend effet à la date à laquelle l'assuré ne relève plus du Régime Obligatoire français.

e) Résiliation ou Modification du Contrat groupe (établi entre l'Assureur et le Souscripteur GPST)

Les droits et obligations de l'Adhèrent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPST dans les conditions prévues à l'article R.141-6 du Code des assurances. Dans ce cas, l'Adhèrent sera informé par écrit des modifications apportées à ses droits et obligations, dans un délai de trois (3) mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Contrat groupe peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par tout type de moyen au moins trois (3) mois avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle au Contrat groupe ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront à bénéficier de l'ensemble des clauses et conditions du Contrat groupe existantes à la date de résiliation. Par ailleurs, la volonté de l'Adhèrent de résilier son adhésion à l'Association GPST, ne constitue pas un motif valable pour résilier son adhésion au Contrat groupe. L'adhésion à l'Association GPST dure tant que dure l'adhésion au Contrat groupe.

ARTICLE 6. DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'Adhèrent 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'Adhèrent doit fournir des réponses exactes.

À l'adhésion

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

En cours de contrat

L'Adhèrent doit déclarer, pour toute personne couverte par l'adhésion, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- un changement d'état civil ;
- une cessation ou un changement d'affiliation d'un des assurés au Régime Obligatoire ;
- un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique ;
- 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 transmises par écrit :

➤ Sur l'espace adhérent : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je modifie mon contrat, et/ou mes informations »

➤ Par courrier à l'adresse suivante : **Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 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, constatée avant sinistre, 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 dix (10) jours en restituant à l'Adhèrent le prorata de prime ou maintenir l'adhésion en augmentant 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'Adhèrent.

Si, en cours d'adhésion, un Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

SUITE

versée peut-être réclamée à l'Adhèrent. L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'article 5 de la présente Notice d'information. La résiliation prend effet dix (10) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

ARTICLE 7. CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les Assurés 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.

Les frais refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire au motif que l'Assuré n'aurait pas satisfait en temps utile à toutes les formalités nécessaires pour obtenir le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

ARTICLE 8. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties 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 cotisation.

Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré dans la garantie - sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les frais engagés après la radiation d'un Assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.

ARTICLE 9. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties du Contrat groupe ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France métropolitaine, Guadeloupe ou 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 de l'Assuré s'applique.

ARTICLE 10. GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhèrent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

Sauf justification du coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale, ceux-ci sont réputés conformes au Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

Le Contrat Groupe comporte plusieurs niveaux de garanties (T1, T2, T3, T4, T5, T6) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau des garanties.

Le niveau retenu est indiqué sur le certificat d'adhésion.

Les montants de remboursements interviennent :

- après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient ;
- dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau des garanties ;

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information, 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 euros pour les forfaits, valables sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et renouvelable annuellement sur cette base.

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 Assuré, 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 euros.

La garantie cure thermique a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (dépenses extra légales au sens du Régime Obligatoire), dans les conditions mentionnées. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au tableau des garanties pour chaque acte.

Le remboursement d'un équipement optique ou d'une aide auditive est encadré par une périodicité minimale de renouvellement, dans les conditions fixées dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information. Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui de la date des soins.

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-dessous 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'Adhèrent des prescriptions du médecin ;
- de séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- de soins effectués à des fins esthétiques (hors chirurgie réparatrice suite à un accident), les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie "Cure thermique"), la thalassothérapie.

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 font l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'Adhèrent. Le tarif peut également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties. L'Adhèrent dispose alors d'un délai de trente (30) jours pour contester et résilier son adhésion s'il le souhaite.

Elles peuvent également être modifiées dans le cas où une nouvelle réglementation aurait pour conséquence une modification substantielle des engagements de l'Assureur, de l'Association GPST, ou de l'Adhèrent et notamment toute modification des prestations du Régime Obligatoire dont elles assurent le complément.

ARTICLE 13. MODIFICATIONS DES GARANTIES

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhèrent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, sur internet ou par écrit simple :

➤ Sur l'espace adhérent : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je modifie mon contrat, et/ou mes informations »

➤ Par courrier à l'adresse suivante : **Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 NICE**

À l'échéance principale :

L'Adhèrent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, par écrit et au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance de l'adhésion.

Hors échéance principale :

À compter de la deuxième année, l'Adhèrent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, par écrit, à tout moment dans la limite d'une fois tous les douze (12) mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande.

En tout état de cause, la modification du niveau de garantie s'applique à ses éventuels Ayants droit.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhèrent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification.

L'Adhèrent dispose d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite. Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prend 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, est 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).

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

SUITE

ARTICLE 14. MODIFICATION DES AYANTS DROIT

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhèrent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants droit, sur internet ou par écrit simple :

➤ Sur l'espace adhérent : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je modifie mon contrat, et/ou mes informations »

➤ Par courrier à l'adresse suivante : **Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE**

À l'échéance principale :

L'Adhèrent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant droit par écrit et au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance de l'adhésion, sous réserve de la production des pièces justificatives.

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'Adhèrent souhaite assurer, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

Le Gestionnaire effectue la modification et transmet à l'Adhèrent son échéancier matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhèrent disposera d'un délai de trente (30) jours pour revenir vers le Gestionnaire s'il souhaite contester cette modification.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhèrent, la modification de l'adhésion prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives, ou à la date de naissance d'un nouvel Ayant droit si la demande parvient dans les deux (2) mois.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant l'affiliation avec l'Adhèrent ;
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant l'affiliation avec l'Adhèrent ;
- En cas d'ajout d'un conjoint, une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, le Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou l'acte de mariage .

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'Ayant droit, l'Adhèrent doit le déclarer par écrit dans les quinze (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. Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhèrent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit. Si un des Ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Assuré, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci. La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification.

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 Obligatoire en vigueur lors de la demande d'adhésion.

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'Adhèrent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion.

ARTICLE 16. PRESTATIONS

Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'Adhèrent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion. Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au Centre de gestion Néoliane :

• sur internet : <https://assure-neoliane.meprotege.fr/home>

• par courrier à l'adresse suivante :

**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 sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement dont le siège est situé dans l'un des États composant l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhèrent. Le règlement des prestations est effectué en euros, la conversion avec la monnaie étrangère étant calculée par l'Assureur au jour des dépenses par l'Assuré.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés géré par MUTUA GESTION.

Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés peut être effectuée directement par les caisses d'Assurance Maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhèrent ne souhaite pas bénéficier du service de la Télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant :

• sur internet : <https://assure-neoliane.meprotege.fr/home>

• par courrier à l'adresse suivante :

**CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051 - 31602 MURET Cedex**

En cas de non mise en place de la Télétransmission ou d'un chevauchement de couverture avec un autre organisme empêchant la transmission automatisée d'un décompte, l'Adhèrent devra transmettre lui-même son décompte.

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'Adhèrent 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.

Depuis le 1er janvier 2022, le bénéfice du mécanisme de Tiers Payant est étendu sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des Tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des Tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré en sus des Tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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 métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique, par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers Payant ou sur

simple demande à :

• sur internet : <https://assure-neoliane.meprotege.fr/home>

• par courrier à l'adresse suivante :

**CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051 - 31602 MURET Cedex**

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'Adhèrent 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'Adhèrent doit envoyer :

• sur internet : <https://assure-neoliane.meprotege.fr/home>

• par courrier à l'adresse suivante :

**CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051
31602 MURET Cedex**

Dans les trois (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 de remboursement du Régime Obligatoire justifiant les prestations versées s'ils n'ont pas été télétransmis par les organismes de Régimes Obligatoires ;
- 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'Adhèrent que la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans pour les plus de 16 ans, par période d'un an chez les moins de 16 ans, et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. En cas d'évolution de la vue ou de la réfraction, un renouvellement anticipé est possible sous certaines conditions. 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 l'examen de densitométrie osseuse et pour la pharmacie non prise en charge par le Régime Obligatoire, la prescription et la facture acquittée ou la note d'honoraire,
- pour les médecines douces, la facture détaillée du praticien diplômé d'État ;
- lorsque l'Adhèrent ou ses Ayants droit bénéficient d'une

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

SUITE

autre couverture complémentaire, les décomptes sont 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 et notamment des originaux.
- En cas de dépassement d'honoraires, si la garantie le couvre, le remboursement se fera sur la base de la transmission d'une facture acquittée par l'Adhérent.
- Pour les remboursements optiques, les remboursements se font sur la base d'une prescription médicale (ordonnance). Le Gestionnaire se garde la possibilité de demander le justificatif d'ordonnance pour procéder au remboursement.

L'Adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre concerné.

ARTICLE 17. CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'Assuré 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. **Sous peine de déchéance, l'Assuré 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 la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'Assuré reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Assuré, 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'Assuré. Dans le cas où l'Assuré 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.

Chacune 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 mensuelle 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 Assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. 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, modification d'un Ayant droit, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. 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

1. Révision annuelle

Les cotisations peuvent être revalorisées chaque année, à l'échéance de l'adhésion, en fonction de l'évolution des résultats techniques du Contrat groupe ou du groupe de contrats homogènes auquel il appartient, ou de tout autre élément de nature à modifier le risque assuré.

L'évolution des cotisations sera communiquée au moins trois (3) mois avant la date d'échéance.

2. Révision en cours d'année

Les cotisations ont été fixées compte tenu de la réglementation et des règles d'indemnisation de la Sécurité sociale en vigueur lors de la date d'adhésion du contrat. Si celles-ci venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une revalorisation des cotisations, à compter du premier jour du mois suivant son application.

Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier son adhésion dans le délai d'un (1) mois suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

L'Adhérent pourra être informé par courrier ou sur support durable accessible sur www.neoliane.fr/service-client, 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 à terme à échoir, 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 quelle que soit la périodicité choisie et s'effectue au plus tard le 5 ou 10 du mois de la quittance éligible au titre des garanties du mois en cours. Ce prélèvement est effectué par le Gestionnaire, sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement situé dans un Etat de l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent.

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

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation, le Gestionnaire envoie une lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée. Cette lettre vaut mise en demeure. Faute de règlement, l'adhésion est alors résiliée quarante (40) jours après l'envoi de cette lettre. La résiliation entraîne, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues

par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période suivant l'envoi de la mise en demeure.

ARTICLE 19. SUBROGATION

En vertu de l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions des Assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ARTICLE 20. PRESCRIPTION

Conformément au Code des assurances :

Article L114-1

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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'Assuré 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 lui ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré. »

Article L114-2

« 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'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114-3

« 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. »

En outre, conformément aux dispositions des articles 2240 et suivants du Code civil, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment en cas de :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240) ;
- demande en justice, même en référé, et même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241).

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242). 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 (article 2243) ;

- mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244).
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. 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

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

SUITE

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 (article 2245). »

ARTICLE 21. DÉCHÉANCE DU DROIT DES PRESTATIONS

Si, en cours d'adhésion, un Assuré a intentionnellement produit des documents falsifiés ou fait des déclarations fausses, il peut lui être refusé le paiement de toutes les prestations quelle que soit l'époque à laquelle elles se rapportent. Il peut être mis fin à l'adhésion, sans préjudice de toute action en récupération des prestations indûment versées. Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies au gestionnaire et notamment dans la déclaration d'un sinistre, expose l'Adhérent à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion à Néoliane Tonik conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. Les prestations indûment versées pourront être récupérées par l'Assureur.

ARTICLE 22. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, service en ligne, téléphone) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

L'Assuré peut, à tout moment, s'adresser à son interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son contrat.

Si le litige éventuel demeure, l'Assuré peut adresser une réclamation écrite. Selon l'objet de cette réclamation, le service en charge de son traitement diffèrera.

Pour toute réclamation relative aux circonstances de la commercialisation du contrat (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil, etc.), l'Adhérent peut contacter :

➤ Sur l'espace adhérent : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Réclamations »

➤ Par courrier à l'adresse suivante : **Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE**

Pour toute autre réclamation, notamment relative à la gestion de son contrat (versement des prestations, encaissement des cotisations, etc.), l'Adhérent peut contacter :

➤ Sur l'espace adhérent : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Réclamations »

➤ Par courrier à l'adresse suivante : **Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE**

Les délais de traitement de la réclamation ne peuvent excéder :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l'Assuré dans ce délai ;
- Soixante (60) jours calendaires à compter de la date d'envoi de la réclamation, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Si la réponse à sa réclamation ne satisfait pas l'Assuré ou en cas d'absence de réponse dans les deux mois suivant la date d'envoi de sa réclamation, ce dernier dispose de la faculté de faire appel au Médiateur compétent :

Si la réclamation porte sur la gestion du contrat :

- Par courrier à l'adresse suivante : **M. le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09.**
- Par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de France Assureurs : www.mediation-assurance.org, rubrique : « Je saisais le Médiateur »

Si la réclamation porte sur les modalités de commercialisation du contrat :

- Par courrier à l'adresse suivante : **M. le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09.**
- Par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de France Assureurs : www.mediation-assurance.org, rubrique : « Je saisais le Médiateur »

Le recours au Médiateur est gratuit et s'effectue sans préjudice des autres voies d'actions légales, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de la réclamation écrite.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux, mais ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure ; le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur compétent, et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Plateforme Européenne de règlement des litiges

En cas de proposition du contrat d'assurance Néoliane Tonik en ligne, l'Adhérent a aussi la possibilité, en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RL) de la Commission Européenne accessible sur le site internet suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

ARTICLE 23. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet d'informer l'Assuré de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel le 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 de traitements listés ci-dessous, dont PREPAR-IARD est le responsable de traitement et Néoliane Santé le sous-traitant :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des cotisations ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comparables ;
- Lutte anti-blanchiment d'argent et financement du terrorisme.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire la demande de l'Assuré et de permettre la passation, la gestion et l'exécution du contrat, la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, la lutte contre la fraude, le suivi dans le cadre de contentieux et l'amélioration des produits ou prestations. À 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, réglementaires et administratives ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Passation, Gestion et Exécution du contrat d'Assurance	<ul style="list-style-type: none">• Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis• Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat• Recouvrement• Gestion des réclamations et contentieux• Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties• Exercice des recours et application des conventions entre assureurs• Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque• Etudes statistiques et actuarielles• Amélioration continue des offres et process
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none">• Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme• Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none">• Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat• Prospection commerciale <p>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.</p>

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.

Clause spécifique relative à la fraude

L'Assuré est 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 son 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 concernant l'Assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'Assureur et de Néoliane Santé. 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

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

SUITE

et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données concernant l'Assuré pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux équipes ou sous-traitants de PREPAR IARD, aux membres du groupe BPCE, aux partenaires commerciaux de PREPAR IARD, aux équipes de Mutua Gestion 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 réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements des données personnelles de l'Assuré

Les données personnelles collectées par PREPAR IARD sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. S'agissant des traitements réalisés hors de PREPAR IARD 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 de Néoliane Santé réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen (Maroc, Tunisie) concernent des opérations de gestion. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Les durées de conservation

Les données personnelles de l'Assuré 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 réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement effectué, l'Assuré dispose dans les conditions prévues par la réglementation :

- **Droit d'accès** : l'Assuré dispose du droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont les responsables de traitement disposent et demander que lui en soit communiquée l'intégralité.
- **Droit de rectification** : l'Assuré peut demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- **Droit de suppression** : l'Assuré peut demander aux responsables de traitement la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
- **Droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.**
- **Droit à la limitation du traitement** : l'Assuré peut demander aux responsables de traitement de limiter le traitement de ses données personnelles.
- **Droit à la portabilité des données** : l'Assuré peut récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.
- **Droit d'opposition** : l'Assuré peut s'opposer au traitement de ses données personnelles notamment concer-

nant la prospection commerciale.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande :

➤ Adresse électronique : dpo@neoliane.fr

➤ Par courrier à l'adresse suivante : **Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE**

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, l'Assuré peut 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 réglementaires

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, l'Assuré peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de permettre à l'Assuré de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance, certaines données le concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront être utilisées pour lui adresser certaines offres commerciales.

L'Assuré dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales qu'il peut exercer à l'adresse ci-dessus (dpo@neoliane.fr).

ARTICLE 24. 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 25. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Nous pourrions cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou **WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.**

ARTICLE 26. SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre de l'adhésion au Contrat groupe dès lors que la mise en oeuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures. Le Contrat groupe ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'Assureur de fournir une garantie, payer un Sinistre, ou accorder quelque couverture

ou prestation, relativement à des risques situés en Crimée, République populaire démocratique de Corée (Corée du nord), en Iran et/ou en Syrie.

ARTICLE 27. DROIT DE RENONCIATION

L'Adhèrent 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 (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 compter de la date de signature du contrat, soit à compter du jour où l'Adhèrent 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 l'espace adhérent : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « **Je souhaite résilier ou me retracter** »
- Par courrier à l'adresse suivante : **Néoliane Santé - Service Résiliation - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 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 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 vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhèrent

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhèrent 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.

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 quatorze (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'Adhèrent peut renoncer au présent contrat.

La demande de renonciation doit être adressée par écrit :

- Sur l'espace adhérent : www.neoliane.fr/service-client,

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

SUITE

rubrique « Je souhaite résilier ou me retracter »

➤ Par courrier à l'adresse suivante : **Néoliane Santé**
- Service Résiliation - 143 Boulevard René Cassin –
Immeuble Nouvel'R - Bat C – 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 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 28. TAUX DE REDISTRIBUTION ET DE FRAIS DE GESTION

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2022 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux de 2022
Taux de redistribution ⁽¹⁾	62,5%
Taux de frais de gestion ⁽²⁾	32,2%

(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.

IMA ASSURANCES INTERVIENT 24H/24 À LA SUITE D'APPELS ÉMANANT DES
BÉNÉFICIAIRES AU NUMÉRO SUIVANT :
05 49 76 66 30 OU +33 5 49 76 66 30 DEPUIS L'ÉTRANGER

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'événement 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 imprévue,
- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- 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'événement 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 6.4 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 ap-

précier 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'événement.

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

À 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 OU EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

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,
- OU une hospitalisation programmée 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.

Ce plafond est rapporté à 4 heures sur 10 jours en cas d'hospitalisation programmée de plus de 3 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,
- OU une hospitalisation programmée de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT 20220421-0000004101 (SUITE)

CONVENTION D'ASSISTANCE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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,
- OU une hospitalisation programmée de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement 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 ». Elle est limitée à un forfait de 15€ par jour, jusqu'à 225€ TTC maximum, et valable pour une garde de l'animal exécutée sur des jours consécutifs.

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 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, les travailleurs sociaux d'IMA ASSURANCES apportent leur expertise, par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Cette garantie est accordée dans la limite de 3 entretiens téléphoniques sur 90 jours, accompagné d'un appel de suivi dans les 12 mois à compter du décès.

6.3 Aide aux démarches administratives

Afin d'aider les proches dans la rédaction des documents administratifs liés au décès, 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 apportées par avance.

6.4 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 événement garanti entraîne 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 bénéficiaire

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 déchargée 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 à 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, gériatriques 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 Tonik » souscrit par l'adhérent auprès de L'ASSOCIATION GPST.

8.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de L'ASSOCIATION GPST pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par L'ASSOCIATION GPST 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 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 :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour

où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;

- 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressés 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.

8.4 Protection des données personnelles

NEOLIANE SANTÉ, société par Actions Simplifiée au capital de 2.000.000 euros, enregistrée à l'ORIAS sous le n° 09 050 488, immatriculée sous le n°510 204 274RCS Nice, dont le siège social est situé au 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 NICE (ci-après le Courtier), collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales pour lesquelles l'adhérent a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par le courtier pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation des contrats ;
- la gestion des contrats ;
- 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) ;
- les opérations de prospection téléphonique et par courrier ;
- 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.

Avec le consentement de l'adhérent, ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection électronique afin de lui proposer des produits équivalents ou complémentaires à la prestation d'assistance.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires de L'ASSOCIATION GPST chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA ASSURANCES, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles 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 à des sous-traitants techniques 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. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts télé-

phoniques. 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 son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données du courtier : dpo@neoliane.fr Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance. 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 du courtier : dpo@neoliane.fr. 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.

8.5 Réclamation et médiation

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA ASSURANCES au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires doivent contacter en premier lieu leur interlocuteur habituel.

En second lieu et à défaut de solution, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum. En dernier recours, si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai réglementaire, 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. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

- **ACCIDENT CORPOREL** : Événement 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.
- **ADHERENT** : Tout membre de GPST ayant adhéré à un contrat santé « Néoliane », « Orys », « Epsilon », « Linea » ou « Nuvéo » incluant l'assistance Santé à domicile souscrit par GPST par l'intermédiaire de Néoliane Santé.
- **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).
- **BENEFICIAIRES 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.
- **HOSPITALISATION PROGRAMMÉE** : Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.
- **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** : En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue : Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée : Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 38-40 avenue des Champs-Élysées 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 (www.orias.fr) et co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 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. 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 : 9695008UHHM3007T1B62)

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 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'Adhérent et des éventuels ayants-droit, après l'intervention du 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, étiope, 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 traumatiques, 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 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 ;
- ✗ 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 DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ 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 ;
- ! 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 de 90 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR).
- ! **Chambre particulière, confort hospi et frais accompagnant** : 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 et soins de suite et de réadaptation (SSR) publics ou privés conventionnés (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), sous réserve de prise en charge de l'Assurance Maladie.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière, confort hospi et frais 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 gériatrie, 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, tous les ans chez les moins de 16 ans, tous les 6 mois de la naissance aux 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.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés 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 nullité d'adhésion 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, Martinique ou Guadeloupe ;
- 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 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 :

- 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 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 quel qu'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 ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de son échéancier. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 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 – 06200 NICE – 06200 Nice

- 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 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.

Néoliane TONIK

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE
www.neoliane.fr

Néoliane SANTÉ & PRÉVOYANCE

Produit co-conçu et distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** –
38-40 avenue des Champs-Élysées 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 (www.orias.fr) et
co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin –
Immeuble Nouvel'R - Bat C – 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.

Produit assuré par **PREPAR IARD** – SA au capital de 800 000€ –
Entreprise régie par le Code des assurances, RCS de Nanterre sous
le numéro 343 158 036, N° LEI : 9695008UHHM3007T1B62, Siège
social : Immeuble Le Village, Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS
20243 - 92981 Paris La Défense cedex.

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 – RCS Niort N°481 511 632 – Entreprise régie par
le Code des assurances.

Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS
92459 - 75436 Paris Cedex 09.



2/030 – Édition : Juillet 2023