

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance



Produit co-conçu par **GROUPE SANTIANE HOLDING** - SAS au capital de 511 539 € - RCS Paris 812 962 330 - 38-40 avenue des Champs-Élysées 75008 Paris - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr). Assuré et co-conçu par **L'ÉQUITÉ** - SA au capital de 26 469 320 € - RCS Paris B 572 084 697 - 2 rue Pillet-Will 75009 Paris - Entreprise régie par le code des assurances - Société appartenant au groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le N° 026. Assistance du produit : IMA ASSURANCES - 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 - SA au capital de 157 000 000 € entièrement libéré - RCS Niort sous le N°481 511 632 - Entreprise régie par le Code des assurances.

Produit : **NÉOLIANE ALTOSANTÉ**

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 ALTOSANTÉ sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements

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

Le produit NÉOLIANE ALTOSANTÉ est un produit d'Assurance Complémentaire Santé «NON RESPONSABLE», il ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux. Le produit est cependant «solidaire», car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend de l'état de santé de l'Assuré. En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels Ayants droit, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge.

Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Forfait patient urgences ;
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Inlay-Core, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire ;
- ✓ **Optique** : Monture et verres, Lentilles acceptées ou refusées par le RO ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Médecines naturelles (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), Cure thermale, Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives** : Prothèses auditives.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Lit accompagnant.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT 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 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 :

- ! Les frais liés aux paniers 100% santé ;
- ! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Lit accompagnant et chambre particulière** : Prise en charge de la chambre particulière limitée à 10 jours dans les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés. Lit accompagnant pris en charge en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans, d'une personne de plus de 70 ans ou en cas d'infirmité ;
- ! **Frais de séjour et Honoraires** : Remboursement limité au Ticket modérateur durant les trois (3) premiers mois d'adhésion ;
- ! **Forfait journalier hospitalier** : Pris en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD). Aucune prise en charge pour les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes ;
- ! **Orthodontie, Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie, Plafond dentaire** : Remboursement limité au Ticket modérateur durant les trois (3) premiers mois d'adhésion. **Plafond dentaire selon la formule souscrite** ;
- ! **Optique** : La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ;
- ! **Aides auditives** : Renouvellement tous les quatre ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France Métropolitaine, 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, de déchéance ou de résiliation du contrat :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- 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 ;
- Résider en France métropolitaine ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et sans limite d'âge à la date d'adhésion figurant sur la demande d'adhésion ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- 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.

En cas de sinistre :

- Faire parvenir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de la prestation.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

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



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

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

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qui commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La couverture prend fin :

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



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance anniversaire du contrat moyennant un préavis de deux (2) mois. 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 extrajudiciaire ou par déclaration adressée au siège social à :
Néoliane Santé – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 ;
- Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr**, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».

Une fois la première année d'adhésion écoulée, l'Adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un (1) mois après réception de la notification de résiliation par l'assureur.

Enfin, en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance



Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

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, et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Produit assuré et co-conçu par **PREPAR-IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 343 158 036 – (LEI : 9695008UHMH3007T1B62)

Produit : **NÉOLIANE PRÉVENIR ACCIDENT DÉCÈS**

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 PRÉVENIR ACCIDENT DÉCÈS sont fournies au client dans d'autres documents.

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

Le produit **NÉOLIANE PRÉVENIR ACCIDENT DÉCÈS** est un produit d'Assurance Prévoyance.

En cas de décès accidentel de l'Assuré, l'assureur garantit le versement d'un Capital souscrit par l'Assuré au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) consécutive à un Accident, l'assureur garantit le versement d'un Capital à l'assuré atteint de PTIA. Le capital maximum est de 100 000€.



Qu'est ce qui est assuré ?

✓ LE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel de l'Assuré, il est versé le capital souscrit par l'Assuré au(x) bénéficiaire(s) qu'il aura désigné(s).

✓ LA PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré consécutive à un Accident, il est versé le capital à l'Assuré atteint de PTIA. Le versement de ce capital met fin à la garantie Décès accidentel.

✓ GARANTIE D'ASSISTANCE :

- Aide-ménagère ;
- Transfert et garde d'animaux domestiques familiers ;
- Mise en relation avec un prestataire funéraire ;
- Rapatriement de corps en cas de décès survenu lors d'un déplacement,
- Aide à la rédaction des documents administratifs.

« Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat ».



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ L'Hospitalisation en cas d'Accident ;
- ✗ Le remboursement des frais de santé ;
- ✗ Le décès consécutif à une Maladie ;
- ✗ La PTIA consécutive à une Maladie ;
- ✗ Les frais d'obsèques.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Sont notamment exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes :

- ! D'une Maladie ;
- ! Des Accidents dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de sa remise en vigueur (ou de toute augmentation de garantie), sauf si elles ont été déclarées à cette occasion à l'assureur et que ce dernier ne les a pas spécifiquement exclues des garanties ;
- ! Du suicide de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, dans les 12 mois suivants la date d'effet de l'adhésion ou la remise en vigueur de celle-ci (ou de toute augmentation de garantie) ;
- ! Des tentatives de suicide, ou d'un fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait ;
- ! De la participation de l'assuré à un crime ou un délit comme co-auteur ou complice ;
- ! Des Accidents de la navigation aérienne sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- ! Des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- ! Des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe ou d'émeutes ;
- ! De l'éthylisme, de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'hallucinogènes non prescrits médicalement ou au-delà des doses prescrites ;
- ! D'un état de démence, à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la réglementation en vigueur ;
- ! Des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs/activités suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, etc.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Dans le monde entier pour tout déplacement de moins de 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois.
- ✓ En cas d'accident hors de France métropolitaine, les prestations ne sont dues qu'à partir du rapatriement de l'assuré en France métropolitaine.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de non garantie ou de résiliation :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Être âgé d'au moins 18 ans et jusqu'à 75 ans inclus ;
- Résider en France métropolitaine ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, départ hors de France métropolitaine, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, etc) ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

Pour le versement de la prestation :

- Déclarer au Gestionnaire tout accident entraînant un décès ou une perte totale et irréversible d'autonomie dans un délai maximum de un mois suivant le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie ;
- Transmettre dans les délais prévus tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations dans un délai maximum de 2 ans à compter du décès ou de la PTIA.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de l'adhésion.

La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date 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 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 :

- en cas de déménagement hors de France métropolitaine ;
- à la date de résiliation quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la partie à l'origine ;
- à la date anniversaire de l'adhésion, l'année des 65 ans de l'Assuré pour la garantie PTIA ;
- à la date anniversaire de l'adhésion, l'année des 80 ans pour la garantie décès ;
- au jour du règlement du capital à l'Assuré en cas de PTIA ;
- ou encore, au jour du décès de l'Assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance anniversaire du contrat moyennant un préavis de deux (2) mois :

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à :
Néoliane Santé & Prévoyance - Service Résiliation – 455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5ème – 06200 Nice
- Par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : www.monneoliane.fr, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »

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.

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

PREPAR-IARD
ASSURANCE

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 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, et co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orient.fr).

Produit assuré et co-conçu par **PREPAR-IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 343 158 036 – (LEI : 9695008UHMH3007T1B62)

Produit : **NÉOLIANE PRÉVENIR ACCIDENT HOSPI'**

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 PRÉVENIR ACCIDENT HOSPI' sont fournies au client dans d'autres documents.

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

Le produit **NÉOLIANE PRÉVENIR ACCIDENT HOSPI'** est un produit d'Assurance Prévoyance.

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré suite à un Accident, l'assureur s'engage à verser une indemnité journalière pendant toute la durée de l'Hospitalisation.



Qu'est ce qui est assuré ?

✓ HOSPITALISATION EN CAS D'ACCIDENT

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré consécutive à un Accident, il est versé une allocation pouvant aller jusqu'à 200€ maximum par jour. Cette allocation est versée au plus tôt, après une période d'Hospitalisation de 24h continues et est versée pendant une durée de 365 jours maximum.

✓ GARANTIE D'ASSISTANCE :

- Aide-ménagère
- Prise en charge des enfants ou enfants handicapés (sans limite d'âge)
- Informations médicales dans certains domaines

« Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat ».



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Le décès accidentel ;
- ✗ Le remboursement de frais de santé ;
- ✗ La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentelle ;
- ✗ La maternité ;
- ✗ Les hospitalisations à domicile.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Sont notamment exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes :

- ! D'une Maladie ;
- ! Des tentatives de suicide, ou d'un fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait ;
- ! Des Accidents de la navigation aérienne sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- ! Des Accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- ! D'une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plein air, de convalescence, de retraite, au sein d'établissements thermaux et climatiques, d'hospices, de cliniques ou hôpitaux psychiatriques, d'instituts médico-pédagogiques, de services de gériatrie, de gériatrie, dans des établissements de cure ; Hospitalisation de jour, Hospitalisation à domicile, maison de santé ou de rééducation ;
- ! Des traitements à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amalgrissement ;
- ! D'une interruption volontaire de grossesse ;
- ! Des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs / activités suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3 000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! L'indemnité journalière est versée pour toute hospitalisation de plus de 24 heures consécutives et dans la limite de 365 jours pour tout accident garanti.
- ! Plusieurs hospitalisations successives pour un même accident, sont considérées comme un seul événement et la durée maximale d'indemnisation est de 365 jours.
- ! L'hospitalisation doit avoir lieu dans les 30 jours suivant l'accident garanti.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les établissements hospitaliers en France métropolitaine et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé).
- ✓ Les Hospitalisations à l'étranger sont prises en charge dès lors qu'elles interviennent à l'occasion de séjours de moins de 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de non garantie ou de résiliation :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Être âgé d'au moins 18 ans et jusqu'à 80 ans inclus ;
- Résider en France métropolitaine ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Régler la cotisation indiquée sur le certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, départ hors de France métropolitaine, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, etc) ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

Pour le versement de la prestation :

- Déclarer au Gestionnaire tout Accident, entraînant une Hospitalisation - dans les meilleurs délais et en tout état de cause dans un délai maximum de un mois après l'Hospitalisation ;
- Transmettre dans les délais prévus tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations dans un délai maximum de 2 ans à partir de l'hospitalisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de l'adhésion.

La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date 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 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 ;
- À la date anniversaire de l'adhésion, l'année des 82 ans de l'Assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance anniversaire du contrat moyennant un préavis de deux (2) mois :

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à :
Néoliane Santé & Prévoyance - Service Résiliation – 455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5ème – 06200 Nice
- Par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : www.monneoliane.fr, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »

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.