

HOSPITALISATION - La carence et les limitations ne sont pas appliquées en cas d'accident ⁽¹⁾⁽²⁾

	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)						
Forfait journalier hospitalier- <i>Non remboursé durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour remboursés par le RO ⁽³⁾ - <i>Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO* - <i>Limitées à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	150%	300%	400%	100%	300%	400%
Chambre particulière (hors ambulatoire) ⁽⁴⁾ <i>Non remboursée durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	40€ / jour	75€ / jour	90€ / jour	45€ / jour	75€ / jour	90€ / jour
Lit accompagnant enfant et adulte - <i>Non remboursé durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	5€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour

SOINS COURANTS

Médicaments	-	-	-	100%	100%	100%
Honoraires						
Médecins généralistes et spécialistes adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO*	-	-	-	100%	150%	250%

🦷 DENTAIRE

⚠️ Néoliane HospiSanté ne prend pas en charge le remboursement des frais dentaires.

👁️ OPTIQUE

⚠️ Néoliane HospiSanté ne prend pas en charge le remboursement des frais optiques.

SERVICES

Tiers payant national Viamedis - Remboursement 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, ect.)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

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. Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur et la franchise de 24 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 160-13 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné 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 remboursements 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) L'hospitalisation est prise en charge dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux (dont les maisons d'accueil spécialisées), à l'exception des unités ou centres de soins de longue durée (USLD). Pour en savoir plus sur les établissements exclus, nous vous invitons à vous référer à l'article 11 de la notice d'information. Un délai de carence de trois (3) mois et des limitations sont appliqués sur le poste hospitalisation à compter de la prise de la date d'effet du contrat, sauf en cas d'accident. Pendant ce délai, les garanties honoraires et frais de séjour seront remboursées à hauteur du Ticket modérateur et les forfaits chambre particulière et lit accompagnant seront nuls.

(2) Un délai de carence de douze (12) mois est établi pour les frais engagés dans un Centre de convalescence.

(3) Les frais de séjour sont limités à 400% BR en hospitalisation non conventionnée.

(4) La chambre particulière est prise en charge pour une durée limitée de soixante (60) jours, par an et par bénéficiaire pour toutes les formules.

* OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont 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

		HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)	Dépense	20€	20€	20€	20€	20€	20€
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	20€	20€	20€	20€	20€	20€
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

		HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	40 €	75 €	90 €	45 €	75 €	90 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée					

Séjours avec actes lourds
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.

		HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ	Dépense	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €
	Remboursement du RO	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 745,54€

		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	83,30 €	83,30 €	83,30 €	0 €	83,30 €	83,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	83,30 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

		Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	135,85 €	175,30 €	175,30 €	0 €	175,30 €	175,30 €
	RESTE À CHARGE	39,45 €	0 €	0 €	175,30 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

Séjours sans actes lourds
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.

		HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC	Dépense	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €
	Remboursement du RO	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 3 270,12€

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

SOINS COURANTS

		HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
		Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE pour un patient de plus de 18 ans	Dépense	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	Remboursement du RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	8,50 €	8,50 €	8,50 €	1 €	1 €	1 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 25€							
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	9,60 €	9,60 €	9,60 €	0 €	0 €	0 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€							
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	10 €	10 €	10 €	1 €	1 €	1 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€							
		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	9,60 €	9,60 €	9,60 €	0 €	0 €	0 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€							
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	9 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	24 €	24 €	24 €	15 €	1 €	1 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€							
		Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de 2 à 16 ans	Dépense	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €
	Remboursement du RO	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	6,90 €	18,40 €	38,90 €
	RESTE À CHARGE	38,90 €	38,90 €	38,90 €	32 €	20,50 €	0 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€							
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €
	Remboursement du RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	6,90 €	18,40 €	40,90 €
	RESTE À CHARGE	41,90 €	41,90 €	41,90 €	35 €	23,50 €	1 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€							

 Pas d'exemple de remboursement sur les postes optiques, dentaires et audioprothèses. Le produit Néoliane HospiSanté ne prend pas en charge les frais optiques, dentaires et en audioprothèses et ne propose pas le remboursement des paniers 100% Santé.

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 : **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 vous permettant de consulter des médecins généralistes ou spécialistes.

➤ COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

OU



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**

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE



Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – SAS au capital de 455 524 € – RCS Paris 812 962 330 – 38-40 avenue des Champs-Élysées 75008 Paris – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr), et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

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

Produit : NÉOLIANE HOSPISANTÉ

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

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

Le produit Néoliane HospiSanté est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Assuré et de ses éventuels ayants droits, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier. Le produit couvre le poste Hospitalisation et, pour les formules les plus couvrantes, le poste soins courants (médicaments et honoraires de médecins généralistes et spécialistes) à l'exclusion des postes optique, dentaire et audiology.

Le produit Néoliane HospiSanté est « NON RESPONSABLE » car ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux. Cependant, il est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'Assuré.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

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

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

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ **Hospitalisation** : Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Honoraires, Chambre particulière, Lit accompagnant.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux.

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 frais optiques, dentaires et audioprothèses ;
- ✗ 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, la thalassothérapie ;
- ✗ Les actes d'imagerie et actes d'échographies, les actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, les honoraires paramédicaux, les analyses et examens de laboratoire, le matériel médical.

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 :

! Un délai de carence de douze (12) mois à compter de la date d'effet du contrat sur les frais engagés dans un Centre de convalescence.

Les restrictions suivantes ne s'appliquent pas en cas d'accident :

- ! **Forfait journalier hospitalier** : Un délai de carence de trois (3) mois à compter de la date d'effet s'applique sur cette garantie ;
- ! **Chambre particulière** : La chambre particulière ne sera pas remboursée durant les 3 premiers mois d'adhésion à compter de la date d'effet. Prise en charge par an et par bénéficiaire pour une durée limitée à soixante (60) jours ;
- ! **Lit accompagnant** : Le lit accompagnant ne sera pas remboursé durant les trois (3) premiers mois d'adhésion à compter de la date d'effet ;
- ! **Frais de séjour** : les frais seront remboursés à hauteur du ticket modérateur durant les trois (3) premiers mois d'adhésion à compter de la date d'effet ;
- ! **Honoraires** : les honoraires seront remboursés à hauteur du ticket modérateur durant les 3 premiers mois d'adhésion à compter de la date d'effet ;



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

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

Elles s'étendent aux accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois (3) mois, si le Régime Obligatoire français d'Assurance Maladie de l'Assuré s'applique.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

À l'adhésion au Contrat groupe :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Résider en France métropolitaine ;
- Être âgé(e) d'au moins 55 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 annuelle (ou fraction de cotisation) prévue à l'échéancier.

Pour le versement de la prestation :

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



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

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



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

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

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

La couverture prend fin :

- À la date de résiliation quelqu'en soit le motif, quelle que soit la partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance anniversaire du contrat moyennant un préavis de deux (2) mois 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
- Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».**

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

Enfin, en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.

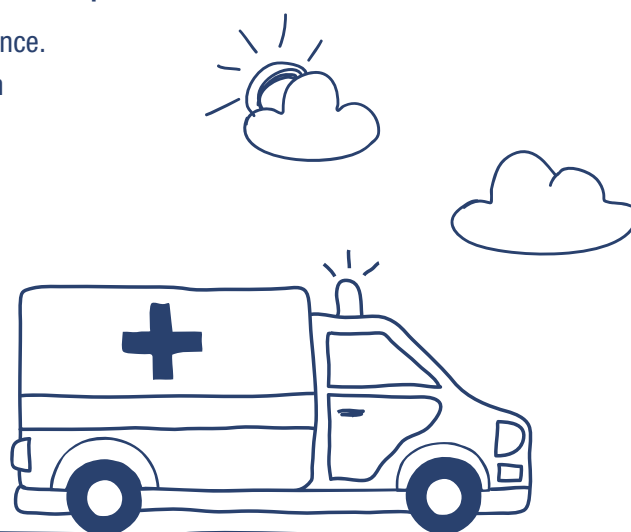
IJH : Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation par accident



Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence.
Pour faire face au quotidien, bénéficiez du versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident.

à partir de 2,48 € par mois,

vous bénéficiez des avantages suivants :

- Versement d'une allocation allant jusqu'à 200 €/jour
- Durée maximum de garantie : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans inclus
- Possibilité d'assurer vos enfants



	 Allocation	 Cotisation mensuelle par Assuré ⁽¹⁾
IJ 15	15€ /jour	2,48 €
IJ 20	20€ /jour	2.91€
IJ 25	25€ /jour	3.34€
IJ 40	40€ /jour	4.63€
IJ 50	50€ /jour	5.50€
IJ 60	60€ /jour	6.36€
IJ 70	70€ /jour	7.22€
IJ 75	75€ /jour	7.66€
IJ 80	80€ /jour	8.09€
IJ 90	90€ /jour	8.95€
IJ 100	100€ /jour	9.81€
IJ 110	110€ /jour	10.68€
IJ 120	120€ /jour	11.54€
IJ 125	125€ /jour	11.97€
IJ 130	130€ /jour	12.40€
IJ 140	140€ /jour	13.27€
IJ 150	150€ /jour	14.13€
IJ 160	160€ /jour	14.99€
IJ 175	175€ /jour	16.29€
IJ 180	180€ /jour	16.72€
IJ 190	190€ /jour	17.58€
IJ 200	200€ /jour	18.45€

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2022

Caractéristiques de l'offre IJH :

- ✓ Aucune formalité médicale
- ✓ Franchise de 24 heures
- ✓ Allocation totalement exonérée d'impôts
- ✓ Formule cumulable à tout type de garantie
- ✓ Offre accessible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion



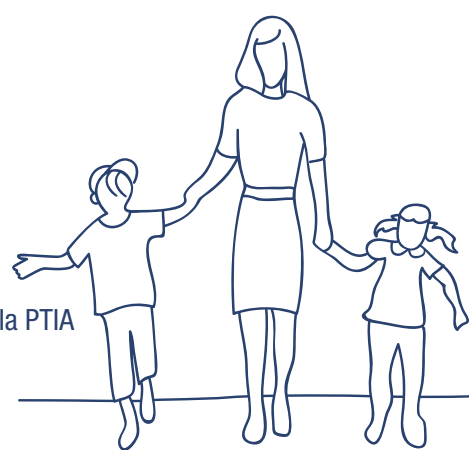
Capital Décès et PTIA* par accident

Cette formule couvre les risques de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie suite à un accident. La garantie Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) par accident est la solution pour mettre vos proches à l'abri des difficultés financières.




À partir de 3,36 € par mois,

protégez votre famille grâce au versement d'un capital décès :

- Versement d'un capital décès allant jusqu'à 100 000 €
- Formule accessible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion
- Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans inclus pour le capital décès et 65 ans inclus pour la PTIA
- Assistance complète et rapatriement de corps en France métropolitaine en cas de décès à l'étranger



*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

			
	Capital versé	Cotisation mensuelle de 18 à 64 ans(1)	Cotisation mensuelle de 65 à 75 ans(1)
C 10	10 000 €	-	5.11 €
C 12	12 000 €	-	5.97 €
C 15	15 000 €	3.36 €	7.25 €
C 20	20 000 €	4.20 €	9.38 €
C 25	25 000 €	5.04 €	11.52 €
C 30	30 000 €	5.88 €	13.66 €
C 35	35 000 €	6.72 €	15.79 €
C 40	40 000 €	7.56 €	17.93 €
C 50	50 000 €	9.24 €	22.20 €
C 60	60 000 €	10.92 €	26.47 €
C 70	70 000 €	12.60 €	30.74 €
C 75	75 000 €	13.44 €	32.88 €
C 80	80 000 €	14.28 €	35.02 €
C 90	90 000 €	15.96 €	39.29 €
C 100	100 000 €	17.64 €	43.56 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2022 – (2) dans les limites fiscales en vigueur

Caractéristiques de l'offre Capital Décès / PTIA :

- ☒ Aucune formalité médicale
- ☒ Aucun délai de carence
- ☒ Capital exonéré de droits de succession ⁽²⁾
- ☒ Capital versé aux bénéficiaires désignés par vos soins
- ☒ Versement par anticipation en cas de PTIA