Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane
Vitalité
Complémentaire santé

NOTICE D'INFORMATION
valant Dispositions Générales
+ Conditions Générales
d'Assistance IMA Assurances

L'Équité
GENERALI

LES POINTS FORTS DU PRODUIT

Des avantages fidélité
Votre fidélité est récompensée ! Bénéficiez de bonus fidélité en optique, dentaire et hospitalisation dès votre 2ème ou 3ème année d'adhésion.

Des tarifs adaptés à votre profil
Néoliane Vitalité offre des réductions adaptées selon votre composition familiale : couple (-7 %), famille (-10 %) y compris familles monoparentales, gratuité à partir du 3ème enfant, et selon votre régime : TNS et exploitants agricoles (-10 %).

Remboursement des médicaments en pharmacie bénéficiant d'une prise en charge de la Sécurité sociale
Néoliane Vitalité prend en charge en intégralité tous les médicaments en pharmacie, y compris ceux qui sont faiblement remboursés par la Sécurité sociale.

Prise en charge de la médecine naturelle
Ostéopathie, homéopathie, acupuncture et bien d'autres...
Appréciez la prise en charge de la médecine naturelle* !

Une adhésion simple…
…sans formalité administrative ni médicale.

Néoliane Vitalité offre des **garanties d'assistance** étendues en complément de vos garanties santé : aide à domicile, aide ménagère, présence d'un proche au chevet…

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

BONUS FIDÉLITÉ
Optique, Dentaire, Hospitalisation

Garanties d'assistance incluses

*Garanties pour toutes les formules sauf la formule Vitalité 1

LES GARANTIES

Adhésion possible à partir de 18 ans 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).

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE SECTEUR CONVENTIONNÉ	Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Frais de séjour, y compris maternité (1)	100 %	125 %	150 %	200 %
Forfait journalier hospitalier (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chirurgie et anesthésie, y compris maternité (ATM – ADC hors dentaire – ADE)				
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO : 1ère année d'adhésion	100 %	100 %	130 %	160 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2e année d'adhésion :	100 %	120 %	150 %	180 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 3e année d'adhésion et suivantes :	100 %	140 %	170 %	200 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO : 1ère année d'adhésion et suivantes	100 %	100 %	110 %	140 %
Chambre particulière (hors ambulatoire) (3)				
1ère année d'adhésion	Néant	20 € /jour	40 € /jour	50 € /jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2e année d'adhésion	Néant	25 € /jour	45 € /jour	55 € /jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	Néant	30 € /jour	50 € /jour	60 € /jour
Frais de transport si acceptés par le RO (5)	100 %	100 %	100 %	100 %
Lit accompagnant (conjoint, ascendants, descendants) (3) après 6 mois	Néant	10 € /jour	15 € /jour	15 € /jour

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE SECTEUR NON CONVENTIONNÉ	Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Frais de séjour, y compris maternité (1)	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier (2)	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie, y compris maternité (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100 %	100 %	100 %	100 %

DENTAIRE	Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursables par le RO (SDE – ADA – ADC dentaire – ADI – ATM – AXI – INO – END – TDS)	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursables par le RO (PAM – PAR – PFC – PFM – RPN – PDT – ICO – IMP - TO et ORT)				
1ère année d'adhésion	100 %	125 %	150 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 2e année	125 %	150 %	175 %	225 %
BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 3e année	150 %	175 %	200 %	250 %
Plafond pour prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursables par le RO (4)	Aucun	Aucun	400 € année 1, puis 800 € dès la 2e année.	500 € année 1, puis 1 000 € dès la 2e année.
Dentaire non remboursable par le RO - Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Parodontologie Par an et par bénéficiaire				
1ère année d'adhésion	Néant	Néant	Néant	Néant
BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 2ème année d'adhésion	Néant	50 €	100 €	150 €

OPTIQUE (6)	Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
NOUVEAU Bénéficiez des avantages du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires (9)				
Monture	100 %	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 100 €
Verres 2 verres simples	100 %	100 % + 50 €	100 % + 80 €	100 % + 100 €
Verres 1 verre simple et 1 verre complexe / très complexe	100 %	100 % + 100 €	100 % + 125 €	100 % + 150 €
Verres 2 verres complexes / très complexes	100 %	100 % + 150 €	100 % + 170 €	100 % + 200 €
BONUS FIDÉLITÉ applicable sur les verres à partir de la 3e année	Néant	50 €	50 €	50 €
BONUS FIDÉLITÉ applicable sur les verres à partir de la 5e année	Néant	75 €	75 €	75 €
Lentilles remboursables par le RO	100 %	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 100 €
Lentilles non remboursables par le RO	Néant	50 €	75 €	100 €

CONSULTATIONS ET PHARMACIE	Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Frais pharmaceutiques, homéopathie remboursés par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins généralistes ou spécialistes médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	100 %	125 %	150 %	175 %
Médecins généralistes ou spécialistes médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	100 %	100 %	120 %	135 %
Auxiliaires Médicaux - Orthophonistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthoptistes	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) (ATM – ADC hors dentaire – ADA)	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses - Actes de Biologie	100 %	100 %	120 %	150 %
Radiologie (ADI – ADE) médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	100 %	100 %	120 %	150 %
Radiologie (ADI – ADE) médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %

MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION	Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Ostéopathie, étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, pédicure (7) (prise en charge 25 € / consultation / bénéficiaire)	Néant	50 €	75 €	100 €
Actes de prévention remboursés par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %

APPAREILLAGE	Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Prothèses et Appareillages - Petit appareillage et accessoires	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %

SERVICE	Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Délai d'attente sur les postes remboursés par le RO	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national - remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui
Prestations d'assistance (aide ménagère, accompagnement au chevet...) (8)	Oui	Oui	Oui	Oui

L'assureur des garanties santé est l'Equité. L'assureur des garanties d'assistance est IMA assurances.
Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la base du tarif de responsabilité (tarif de convention en secteur conventionné, tarif d'autorité en secteur non conventionné) et intègrent le remboursement du régime obligatoire (RO). Elles sont accordées dans la limite des frais réels et de la formule souscrite. Un seul niveau doit être souscrit pour une même famille. Réductions : 7% pour un tarif couple, 10% si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale), 10% pour les TNS et exploitants agricoles, gratuité à partir du 3ème enfant, Régime Alsace-Moselle : -40 % pour les formules Vitalité 1 et Vitalité 2 et -30 % pour les formules Vitalité 3 et Vitalité 4. Les montants en euros figurant dans ce tableau représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel du régime obligatoire, dans la limite des frais réels. À l'exclusion du forfait optique, les forfaits sont valables par an et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Néoliane Vitalité s'inscrit dans le cadre des contrats dits «responsables». L'ensemble des actes de prévention prévu au titre de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale est pris en charge par le présent contrat.

(1) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % du tarif de responsabilité, par an et par assuré.

(2) Illimité, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.

(3) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours. La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.

(4) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % du tarif de responsabilité.

(5) 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.

(6) Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries. Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries. Pour la formule Vitalité 1, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas limitée et le ticket modérateur est couvert systématiquement. Pour les autres formules Vitalité 2, Vitalité 3 et Vitalité 4, la prise en charge est limitée à un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat.

(7) Forfait, par an et par bénéficiaire, pris en charge sur présentation d'une facture acquittée.

(8) Se reporter aux conditions générales d'assistance 20170928-0000002158 incluses aux conditions générales du produit.

(9) Retrouvez plus de précisions en page 6 de la présente notice d'information. La formule Vitalité 1 ne dispose pas de l'offre Prysme (zéro reste à charge).

GLOSSAIRE : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :

ADC : Actes de chirurgie
ADA : Actes d'anesthésie
ADI : Actes d'imagerie
ADE : Actes d'échographie
ATM : Actes Techniques Médicaux
AXI : Prophylaxie bucco-dentaire
END : Actes d'endodontie
ICO : Inlay-Core
INO : Actes inlay-onlay
IMP : Implantologie
ORT : Orthodontie médecin
PAR : Prothèses amovibles définitives résine
PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques
PDT : Prothèses dentaires provisoires
PFC : Prothèses fixes céramiques
PFM : Prothèses fixes métalliques
SDE : Soins dentaires
TDS : Parodontologie
TO : Orthodontie
RPN : Réparation sur prothèses

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Applicables pour la 1ère année d'adhésion

	Dépense réalisée	VITALITÉ 1		VITALITÉ 2		VITALITÉ 3		VITALITÉ 4	
Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	40 €	24 €	16 €	30,25 €	9,75€	36,50€	3,50 €	Remboursement intégral	
Achat d'un équipement optique (2 verres complexes pour un montant de 350 € et une monture à 100 €) pour un adulte	450 €	21,74 €	428,26 €	221,74 €	228,26 €	266,74 €	183,26 €	321,74 €	128,26 €
Soin dentaire : détartrage (SDE)	28,92 €	Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral	
Pose d'un inlay-core à clavette (ICO)	320 €	144,05 €	175,95 €	180,06 €	139,94 €	216,08 €	103,92 €	288,10 €	31,90 €
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire par an (TO)	860 €	387 €	473 €	483,75 €	376,25 €	580,50 €	279,50 €	774 €	86 €
Chirurgie : pose d'une prothèse de hanche (médecin OPTAM ou OPTAM-CO)	900 €	459 €	441 €	459 €	441 €	596,70 €	303,30 €	734,40 €	165,60 €

Votre remboursement (Régime Obligatoire + Néoliane Vitalité)

Votre reste à charge

DÉFINITIONS POUR FACILITER VOTRE LECTURE

1 € de participation forfaitaire
Cette contribution de 1 € n'est remboursée ni par votre Régime Obligatoire, ni par votre complémentaire santé. Elle reste à votre charge.

Base de Remboursement (BR)
Montant préalablement fixé par votre Régime Obligatoire, il sert de base de calcul pour vos remboursements de Régime Obligatoire et complémentaires. 100 % signifie 100 % de la base de remboursement.

Chambre particulière
Prestations de confort où votre chambre d'hôpital est privative. Cette prestation n'est pas prise en charge par votre Régime Obligatoire.

OPTAM et OPTAM-CO
Il s'agit des 2 dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

Dépassements d'honoraires
Si votre médecin vous facture la consultation plus chère que la base de remboursement, il pratique un dépassement d'honoraires.

Pédicure-podologue
Le pédicure-podologue traite les affections du pied. Il est habilité à traiter sans prescription médicale et n'est pas pris en charge par votre Régime Obligatoire.

Date d'effet
Date à laquelle débute votre adhésion.

Reste à charge
Ce qu'il vous reste à payer après les remboursements de votre Régime Obligatoire et les remboursements de votre complémentaire.

Parcours de soins coordonnés
Ce parcours vous permet de profiter du remboursement maximum chez un spécialiste. Pour cela, vous devez d'abord aller chez votre médecin traitant, afin qu'il vous prescrive une consultation de spécialiste. Sinon, 40 % de votre consultation ne seront pas remboursés.

Régime Obligatoire (RO)
Régime légal d'assurance maladie auquel vous êtes obligatoirement affilié.

Ostéopathie
Méthode de soins qui s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps humain.

Typologie des verres
Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphérocylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

ASSISTANCE SANTÉ
PROFITEZ DES SERVICES DE L'ASSISTANCE

INTER MUTUELLES ASSISTANCE

LE SAVEZ-VOUS ?
Avec Néoliane Vitalité, vous bénéficiez de l'assistance dès la souscription !

COMMENT CONTACTER L'ASSISTANCE ?
Rien de plus simple, un numéro unique le 05 49 76 66 30 (+33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger) pour être pris en charge par un de nos conseillers. Et cela, 24H/24 7 jours/7, pour vous accompagner au quotidien dans les imprévus de la vie.

DANS QUELLES SITUATIONS JOINDRE L'ASSISTANCE ?
Votre contrat Néoliane Vitalité vous offre l'essentiel des garanties d'assistance, qui vous sont détaillées dans le tableau ci-après.
Que ce soit en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation, d'hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de perte d'autonomie, ou de décès, votre assistance met en place des prestations adaptées pour vous aider dans ces moments difficiles.
Découvrez ci-dessous comment nous pouvons vous accompagner suivant votre situation, ou n'hésitez pas à nous joindre directement au 05 49 76 66 30 (+33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger) pour échanger avec un interlocuteur dédié.

DÈS L'ADHÉSION	
Conseil social : entretien(s) téléphonique avec un travailleur social	Jusqu'à 5 entretiens sur 12 mois
Informations juridiques : famille, santé, travail, retraite, fiscalité, justice…	•
Informations médicales : hospitalisation, vaccins, médicaments, sommeil, stress…	•
Recherche médecin, infirmière, paramédical	•
Mise en relation avec un prestataire de services à domicile	•
EN CAS D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS	
Soutien psychologique : entretien(s) avec un psychologue clinicien	Jusqu'à 5 par téléphone et/ou 3 en face à face
EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVUE ENTRAINANT UNE IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE	
Livraison de médicaments	Jusqu'à 2 par an
EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVUE ENTRAINANT UNE HOSPITALISATION IMPRÉVUE (plus de 3 jours)	
Aide à domicile	Jusqu'à 8H sur 10 J
Présence d'un proche au chevet	Billet A/R + 2 nuits (50€ / nuit)
Prise en charge des animaux	Prise en charge sur 15 J
EN CAS DE CHIMIO/RADIOTHÉRAPIE	
Aide à domicile	10H sur la durée du protocole
EN CAS DE DÉCÈS	
Avance de fonds	Jusqu'à 2000 €
Aide à la recherche d'un prestataire funéraire	•
Accompagnement suite décès : aide psychologique, démarches administratives…	1 intervention de 4H maximum sur un an

Détail des prestations et plafonds en page 13.

NOTRE SOLUTION POUR VOTRE VISION

Néoliane Santé & Prévoyance a créé un partenariat avec Carte Blanche afin de vous proposer un réseau de plus de 7 700 opticiens qui vous garantissent le meilleur rapport qualité/prix pour vos lunettes afin de maîtriser votre budget optique.

VOUS PROFITEZ DES CONDITIONS DE SERVICE ET DES GARANTIES DU RÉSEAU CARTE BLANCHE :

Tarifs préférentiels pour vous

Carte Blanche et Néoliane ont négocié pour vous les meilleurs tarifs auprès des opticiens partenaires.

Grand choix de verres et de lentilles

Plus de 50 000 références de verres avec des tarifs jusqu'à 35 % inférieurs aux prix du marché.
Plus de 3 500 références de lentilles avec des tarifs inférieurs de 15 % en moyenne aux prix du marché.

Tiers payant dématérialisé

L'opticien communique en temps réel l'accord de prise en charge de Néoliane et indique l'éventuel montant restant à votre charge. Vous n'avancez ni la part du régime obligatoire ni la part remboursée par la complémentaire, vous ne payez que votre reste à charge.

Services de qualité du réseau Carte Blanche disponibles dans les 7 700 opticiens partenaires :

- **Garantie casse verres et monture** de 2 ans avec une franchise qui ne peut excéder 40 % du prix initialement payé
- **Garantie adaptation des verres unifocaux et multifocaux** de 6 mois
- **Traitement antireflet** garanti 2 ans
- **Garantie adaptation et déchirure des lentilles** de 3 mois
- **Services +** *(disponibles uniquement chez certains opticiens)* :
  Accueil enfants (0-6 ans) ; Contactologie ; 2ème équipement à 1 € ; Garanties casse des verres avec une franchise réduite, Garantie déchirure ou adaptation lentilles jusqu'à 6 mois

Offre « Carte Blanche - Prysme » : Zéro reste à charge*

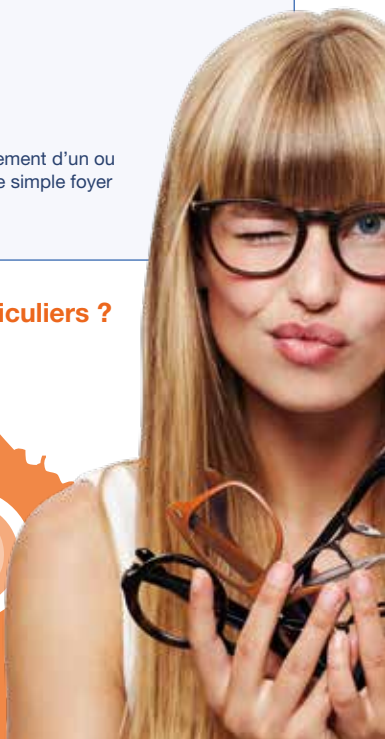
Cette offre vous permet de vous équiper d'une monture + 2 verres de qualité (verres simples ou progressifs) sans reste à charge chez tous les opticiens partenaires Carte Blanche.

Cette offre s'applique avec un équipement composé :

- d'une « monture » fabriquée en France 1796
- de deux verres des fabricants mondialement reconnus : ESSILOR ZEISS Nikon

Cette offre ne s'applique pas aux cas suivants : Options sur les verres sauf le précalibrage, Cylindres > 4, changement d'un ou de deux verres sans monture, verres minéraux, verres spéciaux, doubles et triples foyers, combinaison d'un verre simple foyer avec un progressif, changement d'une monture sans verres, enfants de moins de 8 ans, Lentilles.

**Sous conditions de garantie à voir avec votre opticien.*



Comment trouver un Opticien partenaire Carte Blanche et connaître ses avantages particuliers ?

1. **Connectez-vous à l'espace client sur le site http://www.neoliane.fr/adherents** avec votre identifiant et votre mot de passe. Dans la partie **Infos Pratiques**, cliquez sur « **Trouvez un professionnel de santé** ».
2. **Une fois sur le site Carte Blanche**, rendez-vous dans la rubrique « **Annuaires** » puis « **Professionnels de santé partenaires** ».
3. **Filtrez** votre recherche avec les services souhaités.
4. **Rendez-vous chez votre opticien** et présentez votre carte de tiers payant.

Association GPST
38-40, avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris

Statuts constitutifs

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 27

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 àR141-9 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 ent rant 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 courant 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 agrées 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 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° EQC089NIC_01/2018

Préambule

Le contrat d'assurance frais de santé **Néoliane VITALITÉ** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.
Il est souscrit par l'Association **GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous)**, association régie par la loi du 1er juillet 1901 – 38-40, avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris, auprès de **L'ÉQUITÉ**, au profit de ses adhérents.
L'assureur des garanties Frais de Santé est : **L'ÉQUITÉ,** Société Anonyme au capital de 26 469 320 euros, Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Paris B 572 084 697 – Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris – **Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.**
L'assureur délègue la gestion au gestionnaire :

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

Le contrat groupe est géré dans le cadre des **conventions n**° AC491098, AC491100, AC491103 ou AC491107.
Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- 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.
Le contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

Article 1. Objet de l'adhésion

L'adhésion au contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais de santé engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

Article 2. Conditions d'adhésion

L'admission à la présente assurance en qualité d'assuré est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- être adhérentes à l'Association GPST,
- relever du Régime Obligatoire français,
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance.

Les frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse sont exclus du bénéfice de cette gamme.

Article 3. Modalités d'adhésion

Le demandeur, après avoir pris connaissance de la présente Notice d'Information et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :
son conjoint,

- personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
- son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune,
- son partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité.

les enfants,

- âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'adhérent ou son conjoint,
- âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
  - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
  - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
  - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
- sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

les ascendants, descendants ou collatéraux,
à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.
Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (Vitalité 1, Vitalité 2, Vitalité 3, Vitalité 4).
Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droit.
Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.
Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association GPST dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée mensuellement. À ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'association.

Article 4. Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent de la demande d'adhésion. Le contrat prend effet à compter du jour indiqué sur votre certificat d'adhésion pour une période initiale de 12 mois.
La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion. Elle est toujours fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la demande d'adhésion signée par Néoliane Santé, sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation.
Aucun effet antérieur à la date de réception de la demande d'adhésion par Néoliane Santé ne sera accepté.
L'adhérent peut résilier son adhésion un an après la date d'effet des garanties, moyennant un préavis de deux mois puis au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis d'une durée identique, ou le préavis défini par toute nouvelle loi qui pourrait apparaître. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année qui est l'échéance du contrat, sauf en cas de dénonciation dans les conditions de l'article 24 de la présente notice d'information.
La résiliation de votre adhésion peut également être mise en œuvre dans les circonstances et délais indiqués à l'Article 5 Résiliation de l'adhésion. Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

Article 5. Résiliation de l'adhésion

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

Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante :

> Néoliane Santé
> 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
> 06200 Nice

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

Conséquences de la résiliation

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance, selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.
En cas de diminution 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 l'assuré a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des assurances), au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet quarante (40) jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent 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.

Résiliation par l'adhérent ou par l'assureur

L'adhérent ou l'assureur peut résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou 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). La demande doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur.
La résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la lettre recommandée.

Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- en cas de départ de la France métropolitaine. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit la cessation d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie.

Article 6. Déclarations

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

À l'adhésion

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

En cours de contrat

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

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine,
- 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 faites à l'adresse suivante ci-dessous, accompagnées des justificatifs correspondants :

Néoliane Santé
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
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, 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'adhérent le prorata de prime ou augmenter 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'adhérent.

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.

Article 8. Prise d'effet des garanties

Les garanties de l'adhésion 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 prime et de la signature de la demande d'adhésion.

Article 9. Étendue territoriale de la garantie

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine. Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'adhérent s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

Article 10. Garanties et montant des remboursements

Le produit comporte quatre niveaux de garanties Vitalité 1, Vitalité 2, Vitalité 3 ou Vitalité 4 dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Montant de remboursement

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé aux présentes Dispositions Générales, 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),
- Par un forfait exprimé en euros. 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.
- 100% + forfait exprimé en euros : ces montants représentent des plafonds de garantie. 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 bénéficiaire, ils ne peuvent pas être dépassés et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Forfait optique

Pour le forfait optique (monture + verres), la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, à compter de la date d'effet du contrat. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

Bonus fidélité

Un bonus fidélité permet aux assurés de bénéficier de forfaits majorés en hospitalisation et en dentaire, sur certains postes détaillés dans le tableau de garanties :

- À partir de la 2ème année d'assurance, un premier niveau de bonus fidélité
- À partir de la 3ème année d'assurance, un second niveau de bonus fidélité

En optique, un bonus fidélité s'applique dans les mêmes conditions, mais à partir d'une durée plus longue afin de pouvoir respecter la prise en charge du forfait sur une période de deux ans :

- À partir de la 3ème année d'assurance, un premier niveau de bonus fidélité
- À partir de la 5ème année d'assurance, un second niveau de bonus fidélité

Prise en charge

Dans les conditions et limites de remboursement des garanties choisies et mentionnées au certificat d'adhésion et au tableau de garanties, l'assureur peut prendre en charge :

- Les frais ayant préalablement donné lieu à un remboursement par le Régime Obligatoire d'Assurance maladie français,
- Les frais non remboursés par le Régime obligatoire mais prescrits médicalement, faisant l'objet d'une prise en charge.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garanties joint au contrat.

Le tarif de référence pour le calcul des prestations est celui en vigueur à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.
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'adhérent des prescriptions du médecin.**

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables ».

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 » (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés, modifiés par le décret n° 2004-1374 du 18 novembre 2014).

Afin que le présent produit 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'adhérent pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.
L'ensemble des actes de prévention prévu au titre de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale est pris en charge.

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent. Le tarif pourra également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties.

Article 13. Modifications des garanties

À la demande de l'adhérent

<u>À l'échéance principale</u> **:** L'adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau de garantie par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion. Toutefois, ce changement ne sera accepté qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant s'il fait suite à un changement de niveau de garantie.
<u>Hors échéance principale et une seule fois par an</u> **:** L'adhérent a la possibilité de demander par écrit un changement de niveau de garantie lui permettant de bénéficier d'un niveau de remboursement supérieur.
<u>Dans tous les cas</u> **:** Suite à sa demande de modification, l'adhérent recevra une lettre ayant valeur d'avenant, par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. Sans retour de sa part dans le mois qui suit la réception de ce courrier, la modification des garanties prendra effet à la date d'effet de l'avenant.
Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un recalcul des plafonds annuels (proratisation).

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « Cotisations » (article 18). S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

À la demande de l'assureur

L'adhésion peut être modifiée sur proposition de l'assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article 12 « Cadre juridique du contrat dit responsable »). Dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai. L'adhérent sera informé par courrier simple, 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.
Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente jours suivant son exécution.
En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

Article 14. Ajout ou sortie des ayants droit

<u>À l'échéance principale</u> :

L'adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un ayant droit par écrit et au plus tard 2 (deux) mois avant l'échéance principale de l'adhésion.

<u>Hors échéance principale</u> :

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de l'adhésion prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint,
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.
Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 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 :

- À la date du décès,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.
Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

<u>Dans tous les cas</u> : Suite à la demande d"ajout ou de sortie d'un ayant droit, l'adhérent recevra une lettre ayant valeur d'avenant, par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. Sans retour de sa part dans le mois qui suit la réception de ce courrier, la modification des ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant.

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article 18 « Cotisations ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

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 d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet.
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'adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

Article 16. Prestations

Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion. Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion : 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 48 heures qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire. Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français. 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 bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à : Centre de Gestion Néoliane – BP 90051 – 31602 MURET Cedex.
L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale. En cas de rejet de la télétransmission, l'adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

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'adhérent 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.
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 par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de tiers payant ou sur simple demande à: Centre de Gestion Néoliane – BP 90051 – 31602 MURET Cedex.
En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'adhérent 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 dès lors que les frais n'ont pas été réglés directement au professionnel de santé, l'adhérent doit envoyer à Centre de Gestion Néoliane – BP 90051 – 31602 MURET Cedex, dans les 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 originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire ;
- 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 sur les postes dentaires remboursés ;
- La facture détaillée des frais engagés sur les postes dentaires non remboursés par le Régime Obligatoire ;
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture et le prix détaillé des verres en fonction de leur typologie, ou indiquant les frais de lentilles.
  Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.
  En cas d'évolution de la vue, il sera exigé une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- Pour les médecines douces, la facture détaillée du praticien diplômé d'État ;
- Lorsque l'adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes 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.

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs. Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

L'adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

Article 17. Contrôle, procédure d'expertise et arbitrage

Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent 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.

À peine de déchéance, l'adhérent 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 au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, 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'adhérent. Dans le cas où l'adhérent 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 de Grande Instance 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 annuelle 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 d'assurance maladie, ajout ou sortie de bénéficiaire, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. 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

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai.
L'adhérent pourra être informé par courrier simple, 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. L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception du courrier.

Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, 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 pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 5 ou 10 du mois précédant la quittance. 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

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, l'assureur peut – indépendamment de son droit de poursuite en justice – adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties de l'adhésion seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension. En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement. À défaut, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

Loi Madelin

Les cotisations de l'adhésion sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » au bénéfice des Travailleurs Non Salariés. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à l'organisme gestionnaire une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

Article 19. Subrogation

En vertu 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 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 l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur 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 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.

Conformément au Code civil (Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription) :

Article 2240 La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est 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 2242 L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 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 2244 Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 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 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 2246 L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

Article 21. Examen des réclamations et procédure de médiation

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

Néoliane Santé – Service qualité
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

L'ÉQUITÉ – Cellule Qualité
2 rue Pillet-Will
75009 Paris

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.
Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de l'adhésion, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.
La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'adhérent ou l'assureur.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de votre demande par le Service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à :

M. le Médiateur de l'Assurance

BP 290 – 75425 PARIS Cedex 09.

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du Médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

Article 22. Informatique et libertés

Les informations à caractère personnel recueillies par l'assureur ou son délégataire sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes d'adhésion ou de gestion de la présente adhésion. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci- dessous précisées.
Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'assureur ou son délégataire peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

L'adhérent peut également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de son identité, accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, supprimer, s'opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

Néoliane Santé
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du Code pénal, pourront être utilisées par l'assureur pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,

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 nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.
Dans ce cadre, l'adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS.

Article 23. 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) – 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

Article 24. Opposition au démarchage téléphonique

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de OPPOSETEL – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes.

Article 25. Renonciation à l'adhésion

Conformément à l'article L 112-9 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 une demande écrite pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs 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'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après à Néoliane Santé – Service renonciations - 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza – 06200 Nice.
Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze (14) jours précités.
« Je soussigné(e) ..... ,
n° d'adhésion ....., désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe, effectuée en date du ..... ».
(date de la signature de la demande d'adhésion).
Fait à ....., le .....

(Signature)

Article 26. Vente à distance : conclusion de l'adhésion et droit de renonciation

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen d' « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ».

Modalité de conclusion de l'adhésion

L'adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier d'adhésion signées ainsi que les pièces justificatives réclamées.
Ce délai commence à courir à compter de la date de signature de l'adhésion.
Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration de ce délai de quatorze (14) jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, il devra alors retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

Droit de renonciation

Conformément à l'article L112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L121-28 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion.

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à Néoliane Santé – Service renonciations - 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza – 06200 Nice.

Elle peut être rédigée suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

« Je soussigné(e) ..... ,

n° d'adhésion ....., désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe, effectuée en date du ..... ».
(date de la signature de la demande d'adhésion), exclusivement à distance.

Fait à ....., le .....

(Signature)

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.

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'évènement 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 SANTE

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 ou une immobilisation imprévue et immédiate au domicile ;
- 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'évènement 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 6.3 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 apprécier 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'évènement.

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 DES 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

A 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 IMPREVUE, EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE ET IMMEDIATE

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,
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.
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,

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,*

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »
- La garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent
- 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 ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 15 interventions réparties sur une période maximale de 15 jours.
Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.
Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.
Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

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'EVENEMENT 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 RADIOTHERAPIE / CHIMIOTHERAPIE

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 lourde ou 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, 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 apporté par avance.

6.3 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 A 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 évènement garanti entraine 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 bénéfiaire

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 dégagée 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 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, gérontologiques 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 Vitalité souscrit par l'adhérent auprès de NEOLIANE SANTE.

8.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de NEOLIANE SANTE pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par NEOLIANE SANTE 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 Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

8.4 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 :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;

2. 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 avec accusé de réception adressée 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.

8.5 Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles les bénéficiaires peuvent prétendre.

Ces informations sont transmises aux sous-traitants et prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans la mise en œuvre et l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à NEOLIANE SANTE à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES.

8.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, 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.

DEFINITIONS

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

• Accident corporel
Evénement 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.

• Adhérent
Adhérent ayant souscrit un contrat Néoliane Vitalité auprès de NEOLIANE SANTE

• 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).

• Bénéficiaire 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.

• 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
Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Néoliane

Vitalité

Complémentaire santé

EQC089NIC_01/2018 - Novembre 2017

Néoliane

SANTÉ & PRÉVOYANCE

Conçu et distribué par **Néoliane Santé**
455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5e – 06200 Nice
SAS au capital de 2 000 000 € RCS Nice 510 204 274
Immatriculation ORIAS : 09 050 488 (www.orias.fr)

Assuré par **L'ÉQUITÉ,** Société anonyme au capital de 26 469 320 euros, entreprise régie par le Code des assurances, B 522 084 697 RCS Paris – Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris – Société appartenant au groupe Generali immatriculé au registre italien des groupes d'assurance sous le numéro 026

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.