



Dynamique

L'Équité



GENERALI

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES EQ2123A_NI_07/2025

+ STATUTS GPST

+ Conditions générales d'Assistance FILASSISTANCE



PROTÉGER LA SANTÉ DES SENIORS

Pour répondre à vos besoins en santé qui évoluent avec l'âge et mieux vous accompagner tout en veillant à votre budget, **Néoliane Dynamique** vous offre **5 formules** personnalisées.

2

Jusqu'à
50€ par jour
pour la chambre particulière
et jusqu'à
15€ par jour
pour des options de confort
lors de votre
hospitalisation

**Aucun délai
d'attente** et
**aucune sélection
médicale** quel que
soit votre âge

Des **forfaits** pour
certains actes ou
équipements **non pris
en charge** par la
Sécurité Sociale : jusqu'à
150€ pour les **frais
dentaires** et **100€**
pour les **lentilles**

Dès la
3ème année
d'adhésion, bénéficiez
d'un **bonus fidélité**
en hospitalisation,
dentaire et
optique

En +

Une vingtaine de praticiens pris en charge pour maintenir votre santé, tels que :
ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, homéopathie, naturopathie, etc.

Un forfait jusqu'à
100€
sur les médecines
naturelles

**NÉOLIANE
DYNAMIQUE,
C'EST AUSSI...**

Des services complémentaires inclus dans votre contrat santé :

- **Services d'assistance** : aide à domicile, présence d'un proche, livraison de médicaments, accompagnement suite au décès, etc.
- **Service de téléconsultation**





Dynamique

TABLEAU DES GARANTIES

L'Équité



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

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire, par assuré.



HOSPITALISATION

	D1	D2	D3	D4	D5
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)					
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
HONORAIRES					
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	120 %	140 %	160 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	120 %	135 %	160 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	-	125 %	145 %	170 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	-	130 %	155 %	180 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	100 %	120 %	140 %
Chambre particulière (hors chambre ambulatoire) ⁽²⁾	-	20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	25 €/jour	35 €/jour	45 €/jour
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	-	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	-	35 €/jour	45 €/jour	55 €/jour
Extra Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) ^{(2) (3)}	-	10 €/jour	10 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES					
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE ⁽⁶⁾

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

Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**

Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**

SOINS					
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁷⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	140 %	165 %	190 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	155 %	180 %	205 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	170 %	195 %	220 %

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES**

Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	140 %	165 %	190 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	155 %	180 %	205 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	170 %	195 %	220 %
Autres frais dentaires non remboursés par le RO ⁽⁸⁾	-	50 €/an	100 €/an	100 €/an	150 €/an
Plafond dentaire annuel (hors soins) ⁽⁹⁾	Illimité	Illimité	400 €	500 €	600 €
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	Illimité	Illimité	550 €	650 €
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	Illimité	Illimité	700 €	800 €
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	Illimité	Illimité	850 €	950 €

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽¹⁰⁾

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

Équipements 100% Santé**

Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé

Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**

Monture et verres (équipements de la Classe B - Panier Libre)***

Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels

	D1	D2	D3	D4	D5
Monture		50 €	75 €	90 €	100 €
Équipement à verres simples		50 €	80 €	100 €	100 €
Équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	100 €	125 €	125 €	150 €
Équipement avec deux verres complexes ou très complexes		150 €	170 €	190 €	200 €
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion (applicable sur les verres) :	-	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €
	À compter de la 5 ^e année d'adhésion (applicable sur les verres) :	-	+ 75 €	+ 75 €	+ 75 €
Lentilles remboursées par le RO	100 %	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 90 €	100 % + 100 €
Lentilles non remboursées par le RO	-	50 €	75 €	90 €	100 €

SOINS COURANTS

MÉDICAMENTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES MÉDICAUX					
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :					
Médecins adhérents au DPTAM* (11)	100 %	125 %	150 %	150 %	175 %
Médecins non adhérents au DPTAM* (11)	100 %	100 %	120 %	120 %	135 %
Actes d'imagerie et actes d'échographie :					
Médecins adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	120 %	120 %	135 %
Médecins non adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 %	100 %	120 %	120 %	135 %
MATÉRIEL MÉDICAL					
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
PSYCHOLOGIE					
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)*	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION

Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étioptathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue (par année d'adhésion et par assuré - limité à 25 € / acte)	-	50 €	75 €	75 €	100 €
Actes de prévention : Toutes les prestations de prévention couvertes par les régimes obligatoires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Téléconsultation	Service inclus et disponible dès la prise d'effet de votre contrat
Assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux, ect.)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet du contrat santé

L'assureur des garanties santé est l'Equité.
À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), tous les forfaits sont valables par année d'adhésion, soit sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend, notamment, pas en charge la majoration de participation pour les Assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ainsi que les franchises médicales et participations forfaitaires laissées à la charge de l'Assuré en application de l'article L160-13 du code de la Sécurité Sociale. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé. Le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge lorsqu'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), à l'exclusion des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (USLD).
(2) Illimité. Hors chambre ambulatoire. 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 (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), unités de soins de

longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.
(3) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité. Ces frais comprennent le lit et/ou les repas de la personne accompagnante.
(4) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accompagnant, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
(5) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.
(6) Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par l'Assureur.

(7) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.
(8) Implantologie, parodontologie, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
(9) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
(10) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les 2 ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les Assurés

(équipements 100% Santé de classe A). Les Assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'Assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.
(11) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.
(12) Les prothèses auditives de classe I appartenant au panier «100% Santé» font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les prothèses auditives de classe 2 relevant du panier «Libre» sont prises en charge à hauteur de la garantie choisie et dans la limite de 1700 € par oreille (remboursement du régime obligatoire inclus). Dans les deux cas, la garantie est limitée à un remboursement tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

*DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie Chirurgie Obstétrique.
**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% Santé sur la page suivante. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.
Tels que défini réglementairement, les prothèses dentaires relevant du panier «100% Santé» font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation et les équipements et prothèses relevant des paniers «Maîtrisés» et «Libre» sont pris en charge à hauteur de la garantie choisie (et dans la limite des prix de vente fixés pour les prothèses dentaires du panier «Maîtrisé».)
Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.
Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.
Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.



Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Les paniers 100% Santé seront pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2021



ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER OPTIQUE ⁽¹⁾



ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER DENTAIRE ⁽²⁾



ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER AIDES AUDITIVES ⁽³⁾



ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1

**OPTIQUE - Classe A
Zéro reste à charge**

Verres pour tous respectant les normes européennes

Des verres (amincis, antireflet et anti-rayure) et traitant l'ensemble des troubles visuels

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes

Pour les adultes (17 modèles - 2 coloris)
Pour les enfants (10 modèles - 2 coloris)

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE
+ **MONTURE** À TARIFS LIBRES

ou

MONTURE SANS RESTE À CHARGE
+ **VERRES** À TARIFS LIBRES



2

**DENTAIRE - Panier 100% Santé
Zéro reste à charge**

Couronnes :

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

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

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

Prothèses amovibles à base de résine



3

**AIDES AUDITIVES - Classe I
Zéro reste à charge**

Équipements de qualité

Tous les types d'appareils sont concernés :

Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire

Les caractéristiques :

4 ans de garantie
30 jours minimum d'essai avant achat
12 canaux de réglage

Au moins 3 des options techniques suivantes :

système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération



EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

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

Les exemples de remboursements ci-dessous n'ont pas de valeur contractuelle. Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).

HOSPITALISATION

	CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)					FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	NC					20 €				
Remboursement du RO	0 €					0 €				
Remboursement Dynamique	0 €	20 €	30 €	40 €	50 €	20 €				
Reste à charge	Selon dépense engagée					0 €				

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ Séjours avec actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.				
	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	835,60 €				
Remboursement du RO	811,60 €				
Remboursement Dynamique	24 €				
Reste à charge	0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
835,60 € (dont 24 € de participation forfaitaire, pour toute opération d'au moins 120 €)

	OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO					OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	355 €					447 €				
Remboursement du RO	271,70 €					271,70 €				
Remboursement Dynamique	0 €	54,34 €	83,30 €			0 €	54,34 €	108,68 €		
Reste à charge	83,30 €	28,96 €	0 €			175,30 €	120,96 €	66,62 €		

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
271,70 €

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC Séjours sans actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.				
	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	3 541 €				
Remboursement du RO	2 832,80 €				
Remboursement Dynamique	708,20 €				
Reste à charge	0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
3 541 €

DENTAIRE

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Dynamique
Reste à charge

POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires Soins et prothèses 100% santé					
D1	D2	D3	D4	D5	
500 €					
72 €					
428 €					
0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
120 €

DÉTARTRAGE Soins (hors 100% santé)					
D1	D2	D3	D4	D5	
43,38 €					
26,03 €					
17,35 €					
0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
43,38 €

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Dynamique
Reste à charge

COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES Prothèses (hors 100% santé)					
D1	D2	D3	D4	D5	
554 €					
72 €					
48 €	78 €	108 €	138 €	168 €	
434 €	404 €	374 €	344 €	314 €	

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
120 €

TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 MAX.) Orthodontie (moins de 16 ans)					
D1	D2	D3	D4	D5	
720 €					
193,50 €					
0 €	48,38 €	96,75 €	145,13 €	193,50 €	
526,50 €	478,13 €	429,75 €	381,38 €	333 €	

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
193,50 €

OPTIQUE

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Dynamique
Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements 100% santé					
D1	D2	D3	D4	D5	
41 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
20,70 €					
91,30 €					
0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
12,75 € par verre + 9 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements 100% santé					
D1	D2	D3	D4	D5	
90 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
37,80 €					
172,20 €					
0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
27 € par verre + 9 €

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Dynamique
Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements (hors 100% santé)					
D1	D2	D3	D4	D5	
100 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
0,09 €					
0,06 €	99,91 €	154,91 €	189,91 €	199,91 €	
338,85 €	239 €	184 €	149 €	139 €	

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
0,05 € par verre + 0,05 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements (hors 100% santé)					
D1	D2	D3	D4	D5	
231 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
0,09 €					
0,06 €	199,91 €	244,91 €	279,91 €	299,91 €	
600,85 €	401 €	356 €	321 €	301 €	

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Dynamique
Reste à charge

FORFAIT ANNUEL LENTILLES non remboursées par le Régime Obligatoire					
D1	D2	D3	D4	D5	
NC					
0 €					
0 €	50 €	75 €	90 €	100 €	
Selon dépense engagée					

OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE Chirurgie réfractive					
D1	D2	D3	D4	D5	
NC					
0 €					
0 €					
Selon dépense engagée					



AIDES AUDITIVES

	PAR OREILLE (100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements 100% santé					PAR OREILLE (HORS 100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements (hors 100% santé)				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	950 €					1 476 €				
Remboursement du RO	240 €					240 €				
Remboursement Dynamique	710 €					160 €				
Reste à charge	0 €					1 076 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
400 € par oreille pour un patient de plus de 20 ans

SOINS COURANTS

	CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Pour un patient de plus de 18 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	30 €					35 €				
Remboursement du RO	19 €					24,50 €				
Remboursement Dynamique	9 €					10,50 €				
Reste à charge	2 €					0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
30 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	37 €					50 €				
Remboursement du RO	23,90 €					24,50 €				
Remboursement Dynamique	11,10 €					10,50 €	19,25 €	25,50 €		
Reste à charge	2 €					15 €	6,25 €	0 €		

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO					CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	54 €					55 €				
Remboursement du RO	23,90 €					16,10 €				
Remboursement Dynamique	11,10 €	20,35 €	28,10 €			6,90 €	11,50 €	14,95 €		
Reste à charge	19 €	9,75 €	2 €			32 €	27,40 €	23,95 €		

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)					ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES Matériel médical				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	57 €					25,80 €				
Remboursement du RO	14,10 €					14,64 €				
Remboursement Dynamique	6,90 €	11,50 €	14,95 €			9,76 €				
Reste à charge	36 €	31,40 €	27,95 €			1,40 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
24,40 €

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 13 mai 2024

TITRE I

FORMATION - DÉNOMINATION - DURÉE - OBJET COMPOSITION - SIÈGE SOCIAL

ARTICLE 1. CONSTITUTION

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1er juillet 1901, les articles L141-7 et R141-1 à R141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts et le cas échéant, son Règlement Intérieur.

Elle prend la dénomination de « GPST » (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous).

Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2. OBJET

L'Association GPST a pour objet :

- d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles,
 - de souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès de tout organisme assureur,
 - de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but entrant 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 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

TITRE II

ADMINISTRATION

ARTICLE 5. COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 7 membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être choisis parmi les membres de l'Association ou en dehors et être soit des personnes physiques, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses administrateurs.

Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

ARTICLE 6. MEMBRES DU BUREAU

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres ou ses représentants un président qui est également le Président de l'Association.

Il peut également désigner pour constituer le Bureau un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier, ces deux derniers pouvant être choisis en dehors des Administrateurs.

Le Président réunit et préside le Conseil d'Administration et le Bureau. Il assure la gestion courante de l'Association, applique et fait appliquer les décisions du Conseil d'Administration. Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses pouvoirs à un autre membre du Bureau.

Les attributions des membres du Bureau et le fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le Règlement Intérieur.

ARTICLE 7. FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Les Administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions précisées le cas échéant par le Règlement Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8. POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.

Le Conseil d'Administration signe avec un ou plusieurs assureurs tout nouveau contrat d'assurance de groupe.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Le Conseil d'Administration établit chaque année un

rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur

ARTICLE 9. REPRÉSENTATION EN JUSTICE

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-Président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration.

TITRE III ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

ARTICLE 10. COMPOSITION DES ASSEMBLÉES

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Tous les pouvoirs en blanc retournés à l'Association donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

ARTICLE 11. CONVOCATION – QUORUM

L'Assemblée Générale est convoquée par le président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la 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

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 13 mai 2024

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°EQ2123A_NI_07/2025

PRÉAMBULE

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

Le Contrat groupe est géré dans le cadre de la convention n°AQ002301.

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 groupe ;
- Le certificat d'adhésion qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites ;
- Le tableau des garanties qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

En cas de modification des garanties (cf. Article 13), le dernier Certificat d'adhésion adressé à l'Adhérent vient compléter l'ensemble de ces documents qui 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 y afférent sera du ressort exclusif des tribunaux français.

L'Assureur et co-concepteur du Contrat Groupe est **L'ÉQUITÉ**, Société anonyme au capital de 69 213 760 euros - Entreprise régie par le Code des assurances - 572 084 697 RCS PARIS - Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026, ci-après dénommée l'« **Assureur** ».

Le Souscripteur est l'**Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous**, Association régie par la loi du 1er juillet 1901 - Siège social : 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, ci-après dénommée l'« **ASSOCIATION GPST** ». L'Association GPST souscrit auprès de l'Équité ce Contrat groupe au profit de ses adhérents.

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € - Immatriculée au Registre du Commerce de Nice sous le N° B 510 204 274 - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orient.fr) - Siège social : 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205

NICE, ci-après dénommé le « **Courtier** ».

L'Assureur délègue la gestion des garanties du Contrat groupe à **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € - Immatriculée au Registre du Commerce de Nice sous le N° B 510 204 274 - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orient.fr) - Siège social : 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE, ci-après dénommé le « **Gestionnaire** » ou Délégué.

Le co-concepteur et co-distributeur du Contrat Groupe est **GROUPE SANTIENE HOLDING** (GSH), SAS au capital de 511 539 € - RCS Paris 812 962 330 - 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orient.fr) - Intervient en qualité de co-courtier de Néoliane Santé.

Cette Notice d'information est régie par le droit français et notamment le Code des assurances. L'assureur s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

DÉFINITIONS

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

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

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

Ayants droit : Sont considérés comme Ayants droit :

- Le **Conjoint** :
 - âgé à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et sans limite d'âge, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance ;
 - personne avec laquelle l'Adhérent est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement ;

- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, devra être adressée au Gestionnaire sur demande ;

- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) conclu avec l'Adhérent ;

• **Les Ascendants, Descendants et Collatéraux** à condition qu'ils vivent sous le toit de l'Adhérent et qu'ils soient reconnus fiscalement à sa charge par le Régime Obligatoire de l'Adhérent ou celui de son Conjoint ;

• **Les enfants** :

- âgés de moins de 18 ans, reconnus à la charge de l'Adhérent ou à celle de Conjoint au sens du Régime Obligatoire auquel relève l'Adhérent ou son Conjoint ;

- âgés de 18 à 28 ans inclus, s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion ;

- sans limite d'âge s'ils bénéficient des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

• **Hospitalisation** : Au sens du présent Contrat, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une Maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du contrat les actes prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisations à domicile (H.A.D) prise en charge par la Sécurité Sociale.

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

• **Régime Obligatoire (RO)** : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent et ses Ayants-droit. Synonymes : Assurance Maladie Obligatoire, Sécurité sociale.

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

• **Ticket Modérateur (TM)** : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire de deux (2) euros ou d'une franchise) et qui reste à charge de l'Assuré.

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

ARTICLE 1 — OBJET DE L'ADHÉSION

Le présent Contrat a pour objet le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux ou d'Hospitalisation engagés par les Assurés à l'occasion d'un Accident, d'une Maladie ou d'une maternité, en complément des prestations versées par un Régime Obligatoire.

ARTICLE 2 — CONDITIONS D'ADHÉSION

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

- relever du Régime Obligatoire français,
- être adhérentes à l'Association GPST,
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et sans limite d'âge, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance,
- être résidentes en France métropolitaine (y compris Corse).

ARTICLE 3 — MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur à l'assurance, après avoir reçu et pris connaissance du devis, de la Notice d'information, de l'IPID et du tableau de garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion. Il devra désigner ses éventuels Ayants droit, parmi :

• **Le Conjoint ;**

• **Les Enfants ;**

• **Les Ascendants, Descendants ou Collatéraux ;**

tels que définis dans la définition « Ayants droit ».

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (Dynamique 1, Dynamique 2, Dynamique 3, Dynamique 4 ou Dynamique 5). Les garanties choisies seront identiques pour les Ayants droit. Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au Contrat groupe, quel que soit le niveau de garanties choisi. Toute adhésion au Contrat groupe nécessite au préalable d'adhérer à l'Association GPST dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée selon la périodicité choisie pour le prélèvement de la cotisation. À ce titre, l'Adhérent reçoit une copie des statuts de l'association. Il est porté à la connaissance de l'Adhérent que le présent contrat est fourni de manière exclusivement électronique. Ainsi, il ne pourra être exigé l'usage du papier au cours de l'exécution contractuelle.

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. L'adhésion prend effet à compter du jour indiqué sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, pour une période initiale de 12 mois.

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

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

L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction, à la date anniversaire de sa date d'effet, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5 « Résiliation de l'adhésion ».

ARTICLE 5 — RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

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

Formes de la résiliation

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

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQ2123A_NI_07/2025

assurances :



Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr

rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »



Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressé au siège social :

Néoliane Santé - Service Résiliation
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE

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

Conséquences de la résiliation

Les garanties restent acquises pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour une période non couverte, l'Adhérent sera remboursé de celles-ci dans un délai maximal de trente (30) jours à compter de la date 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 (2) mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de votre échéancier. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances).
- à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhérent (L.113-15-2 du Code des assurances).
- en cas de changement du risque, si l'Assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L.113-4 du Code des assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle il a eu connaissance de la proposition d'assurance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation. L'état de santé ne peut en aucun cas être pris en compte dans l'appréciation du risque.

Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation (L.113-3 du code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet quarante (40) jours après envoi de la lettre de mise en demeure.

- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent constatée avant un sinistre, sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L.113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation et entraîne la restitution à l'Adhérent de la portion de prime payée pour la période où l'assurance n'est plus en vigueur.
- En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou de la reconduction de l'adhésion, il n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée. Dans le premier cas, la résiliation prend effet dix (10) jours après sa notification. Dans le second cas, si l'Adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou en cas de désaccord, dans le délai de trente (30) jours à compter de la proposition, l'Assureur peut résilier l'adhésion.

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 (si le changement entraîne une modification tarifaire), de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou de cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L.113-16 du Code des assurances). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur.

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

Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

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

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

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPST. Dans ce cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications apportées à ses droits et obligations, dans un délai de trois (3) mois minimum avant la date prévue de leur

entrée en vigueur.

Le Contrat groupe peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'autre Partie au moins trois (3) mois avant la date de renouvellement. En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle au Contrat groupe ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront à bénéficier de l'ensemble des clauses et conditions du Contrat groupe existantes à la date de résiliation. Par ailleurs, la volonté de l'Adhérent de résilier son adhésion à l'Association GPST, ne constitue pas un motif valable pour résilier son adhésion au Contrat groupe. L'adhésion à l'Association GPST dure tant que dure l'adhésion au Contrat groupe..

ARTICLE 6 – DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'Adhérent pour son compte et celui de ses Ayants droit auxquels elles sont opposables. Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution de l'adhésion 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 vie de l'adhésion

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 dont notamment :

- un changement d'état civil,
- une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Ayants Droit 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 transmises par écrit :



Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr,
rubrique «Je modifie mon contrat, et/ou mes informations»



Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 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.

Encas deréticenceoufaussedéclarationintentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, constatée avant sinistre, l'adhésion est nulle et la prime payée deumeure 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 maintenir l'adhésion en augmentant la prime à due proportion.

Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Adhérent.

Si, en cours d'adhésion, un Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument versée peut-être réclamée à l'Adhérent. L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'article 5 de la présente Notice d'information. La résiliation prend effet trente (30) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

ARTICLE 7 – CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les Assurés doivent être affiliés ou Ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire. Les frais refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire au motif que l'Assuré n'aurait pas satisfait en temps utile à toutes les formalités nécessaires pour obtenir le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

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 ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime. Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré dans la garantie

- sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission

- et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les frais engagés après la radiation d'un Assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation

ARTICLE 9 – ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France métropolitaine 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 de l'Assuré s'applique hors l'Iran, la Syrie, la Corée du Nord, la Crimée, le Venezuela, la Biélorussie, la Russie, les territoires de Donetsk, Lougansk, Zaporijia et Kherson, l'Afghanistan, la Birmanie (Myanmar) et Cuba.

Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France métropolitaine et en euros, la conversion

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQ2123A_NI_07/2025

avec la monnaie étrangère étant calculée par l'Assureur au jour des dépenses par l'Assuré.

ARTICLE 10 — GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

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

Sauf justification du coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale, ceux-ci sont réputés conformes au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés

Le Contrat Groupe comporte plusieurs niveaux de garanties (D1, D2, D3, D4 et D5) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

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.

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),
- En euros pour les forfaits.

Les montants des forfaits représentent des plafonds de garanties 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.

Tous les forfaits sont valables sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et par Assuré, renouvelable annuellement sur cette base. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements ne sont pas effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro.

Le remboursement d'un équipement optique ou d'une aide auditive est encadré par une périodicité minimale

de renouvellement, dans les conditions fixées dans le tableau des garanties annexe aux présentes Dispositions Générales. Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui de la date des soins.

ARTICLE 11 — CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale).

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. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour contester et résilier son contrat s'il le souhaite.

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

ARTICLE 12 — 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-après 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 médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD),
- 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 ».

Les garanties ne s'exercent pas non plus concernant :

- la participation forfaitaire à la charge du membre participant (2 euros),
- les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés,
- les franchises médicales à la charge du membre participant (1 euro par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaires médicaux, 4 euros par transport).
- La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

ARTICLE 13 – MODIFICATIONS DES GARANTIES

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



Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr

rubrique «Je modifie mon contrat, et/ou mes informations»



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE

À l'échéance principale :

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

Hors échéance principale :

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

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

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

L'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite. Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prend effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, est indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

ARTICLE 14 – MODIFICATION DES AYANTS DROIT

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



Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr,
rubrique

«Je modifie mon contrat, et/ou mes informations»



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE

À l'échéance principale :

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

Hors échéance principale :

Si un événement survient **en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'Ayant droit** d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

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

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

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 quinze (15) jours suivant cet événement.

La modification de l'adhésion prendra effet sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Ayant droit. Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit.

Si un des Ayants droit décède ou ne remplit plus les conditions requises pour conserver ce statut, les garanties cesseront de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification.

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQ2123A_NI_07/2025

ARTICLE 15 — ADAPTATION DE L'ADHÉSION PAR SUITE DE MODIFICATION DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du Régime Obligatoire en vigueur lors de la demande d'adhésion.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision de l'adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles. L'Adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion.

ARTICLE 16 — PRESTATIONS**Remboursement des prestations**

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

Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr
rubrique

« Gérer mes remboursements et garanties »

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie. Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties. Les prestations sont réglées dans les meilleurs délais une fois que l'Adhérent a transmis les justificatifs nécessaires tels que détaillés ci-dessous.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire situé dans un Etat composant l'Espace Economique Européen. Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés.

Télétransmission :

La transmission des décomptes de remboursements des Assurés peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la Télétransmission automatique, il peut

faire connaître son refus à tout moment en écrivant à :

Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr
rubrique

« Gérer mes remboursements et garanties »

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE

En cas de non mise en place de la Télétransmission ou d'un chevauchement de couverture avec un autre organisme empêchant la transmission automatisée d'un décompte, l'Adhérent devra transmettre lui-même son décompte. En cas de dépassement d'honoraires, si la garantie le couvre, le remboursement se fera sur la base de la transmission d'une facture acquittée par l'Adhérent. Pour les remboursements optiques, les remboursements se font sur la base d'une prescription médicale (ordonnance). Le Gestionnaire se garde la possibilité de demander le justificatif d'ordonnance pour procéder au remboursement.

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.

Le tiers payant est également accordé sur le ticket modérateur auprès des professionnels de santé qui le pratiquent. Conformément à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale, les Bénéficiaires du contrat pourront bénéficier du tiers payant dans le cadre des équipements, soins et prothèses du panier « 100% Santé » en optique, audiologie et dentaire, pour les frais exposés en plus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limite de vente et des honoraires limite de facturation. 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 :

Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr, rubrique **« Gérer mes remboursements et garanties »**

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE

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, l'Adhérent doit envoyer les éléments :



Sur l'espace adhérent :

**www.monneoliane.fr, rubrique
« Gérer mes remboursements et garanties »**



Par courrier à l'adresse suivante :

**Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE**

Les pièces justificatives qui pourraient être demandées sont les suivantes :

- les décomptes des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies ;
- 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, pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ;
- les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers Payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité ;
- le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires acceptées ;
- la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires non prises en charge 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 de celui des verres et indiquant le type de verres ou indiquant les frais de lentilles ;
- pour les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire, la facture détaillée et acquittée ;
- pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire ;
- 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 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.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'Assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires et notamment des originaux. **L'Adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le**

sinistre concerné.

ARTICLE 17 – CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'Adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utile et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

Sous peine de déchéance, l'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 Judiciaire du domicile de l'Adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 18 – COTISATIONS

Montant de la cotisation

La cotisation mensuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le Régime Obligatoire de l'Adhérent, les garanties choisies, l'âge des Assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

Variation de la cotisation :

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQ2123A_NI_07/2025

L'Adhérent et de ses Ayants droit à l'échéance de l'adhésion. En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du Régime Obligatoire, modification des Ayants Droit, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené en cours d'année à procéder à une réactualisation des tarifs. Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

Révision de la cotisation

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. L'Adhérent pourra être informé par courrier ou sur support durable accessible sur www.monneoliane.fr, 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. Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier le contrat dans les 30 jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

Païement de la cotisation

La cotisation est payable à terme à échoir, selon le fractionnement choisi par l'Adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement automatique est obligatoire quelle que soit la périodicité choisie et s'effectue au plus tard le 5 ou 10 du mois de la quittance éligible au titre des garanties du mois en cours. Ce prélèvement est effectué par le Gestionnaire, sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement situé dans un Etat de l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent.

En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'Adhérent.

Défaut de paiement

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation, l'Assureur envoie une lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhérent, au plus tôt dix

(10) jours après l'échéance impayée. Cette lettre vaut mise en demeure.

Faute de règlement, l'adhésion est alors résiliée quarante jours après l'envoi de cette lettre. La résiliation entraîne, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période suivant l'envoi de la mise en demeure. En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation durant la période des 40 jours suivant la mise en demeure, les garanties seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

ARTICLE 19 – SUBROGATION

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

ARTICLE 20 – PRESCRIPTION

Conformément au Code des assurances :

Article L114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre lui ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

Article L114-2

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en

outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114-3

« Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

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

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

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243) ;

- mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244).
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245). »

ARTICLE 21 – EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, ses cotisations ou encore ses sinistres, l'Adhérent **s'adresse prioritairement à son interlocuteur habituel, Néoliane**, qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

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

Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr,
rubrique «**Réclamations**»



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhérent ne peuvent excéder :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l'Assuré dans ce délai ;
- Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe chargée d'y répondre.

Si la demande relève du devoir de conseil et d'information du Courtier ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à Néoliane.

La procédure ci-dessous 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 France Assureurs, l'Équité applique la Charte du Médiateur de l'Assurance. Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations ou en l'absence de réponse, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :



Par courrier à l'adresse suivante :

M. le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09



En ligne :

www.mediation-assurance.org

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'à l'issue d'un délai de deux (2) mois après l'envoi de votre première réclamation écrite.

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

ARTICLE 22 – DEMATERIALISATION DE LA RELATION

L'Adhérent est informé de la poursuite de la relation commerciale et contractuelle sur un support durable autre que le papier, et accepte lors de son Adhésion que l'ensemble des informations, documents et communications destinés à la souscription et à l'exécution de celle-ci lui soient envoyés exclusivement par voie électronique.

ARTICLE 23 – INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vous trouverez ci-dessous les informations sur les traitements des données à caractère personnel que L'EQUITE peut effectuer dans le cadre de la souscription/l'adhésion et de la gestion d'un contrat.

Pour L'EQUITE, notre politique de traitement des données à caractère personnel est régulièrement mise à jour, notamment pour tenir compte des évolutions réglementaires en matière de protection des données à caractère personnel.

Ces mises à jour sont accessibles à l'adresse internet <https://www.general.fr/donnees-personnelles/> ou peuvent vous être adressées sur simple demande.

Pour le Délégué, notre politique de traitement des

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQ2123A_NI_07/2025

données à caractère personnel est accessible à l'adresse internet <https://www.neoliane-sante.fr/politique-de-confidentialite> ou peut vous être adressée sur simple demande.

Identification du responsable de traitement des données à caractère personnel

L'EQUITE, Société anonyme au capital de 69 213 760 euros - Entreprise régie par le Code des assurances – 572 084 697 RCS PARIS - Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026, est responsable de traitement en tant qu'Assureur, à l'exception des opérations suivantes, dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé en tant que Déléataire :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des cotisations ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Finalités et bases juridiques du traitement des données à caractère personnel

Certains de ces traitements sont susceptibles d'impliquer une solution d'intelligence artificielle.

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat / de l'adhésion ou de mesures précontractuelles Et Consentement pour les données de santé collectées dans le cadre de la souscription de garanties spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de mesures précontractuelles telles que l'obligation d'information, délivrance de conseil, devis ou simulation d'assurance • Réalisation d'actes de souscription / d'adhésion, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat • Recouvrement • Exercice des recours • Réclamations et contentieux • Prise de décision liée à la souscription / l'adhésion ou l'exécution du contrat. Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription / l'adhésion et l'exécution du contrat / de l'adhésion, notamment la tarification, l'ajustement des garanties • Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque

Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme • Respect de toute obligation légale, réglementaire et/ou administrative
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre la fraude, si besoin au moyen de techniques de criblage et de profilage, afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non-fraudeuses au contrat / de l'adhésion • Etudes statistiques et actuarielles • Renforcement de la connaissance client • Opérations de communication, de parrainage et de fidélisation • Services • Dispositifs de prévention • Création des espaces clients • Prospection commerciale autre que celle soumise à consentement • Profilage lié à la prospection commerciale afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection • Amélioration continue des offres • Amélioration continue des process, notamment, la recherche des assurés et des bénéficiaires, au moyen de confrontation de données en vue de fiabiliser nos bases de données à caractère personnel et le renforcement de la connaissance des clients à risques au niveau du Groupe Generali
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Remboursement des frais de soins
Consentement	Prospection commerciale par voie électronique (courriel, SMS/MMS, automate d'appel), sauf si cette prospection concerne des produits ou services analogues pour les personnes déjà clientes

Informations complémentaires dans le cadre du traitement des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et non collectées auprès de lui :

Catégorie de données susceptibles d'être transmises à l'Assureur :

- Etat civil, identité, données d'identification
- Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- Numéro d'identification national unique
- Données de santé issues du codage CCAM uniquement pour les contrats de complémentaire santé

Source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels et prestataires contribuant à la gestion des contrats d'assurance, d'autres organismes d'assurance et de toute autorité administrative.

Les données collectées peuvent provenir de sources accessibles au public.

Destinataires ou catégories de destinataires des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant l'Adhérent pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe GENERALI et aux entités du Groupe SANTIANE ainsi qu'aux partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, prestataires spécialisés dans la fiabilisation et l'enrichissement des données, organismes sociaux des personnes concernées, aux sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à la réalisation des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe GENERALI pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe GENERALI.

Localisation des traitements des données personnelles de l'Adhérent

Le Groupe GENERALI France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité des données de l'Adhérent.

Aujourd'hui, les data centers du Groupe GENERALI sur lesquels sont hébergées les données de l'Adhérent sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, l'envoi ponctuel d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique par des garanties appropriées et adaptées conformément à la réglementation.

Les traitements de Néoliane Santé afférents aux opérations de gestion, tel que le traitement de demandes

clients, sont également susceptibles d'être réalisés en dehors de l'Espace Economique Européen. Le cas échéant, ces traitements opérés depuis des pays tiers (Maroc, Tunisie) font l'objet d'un encadrement juridique par des garanties appropriées et adaptées conformément à la réglementation. Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès des Délégués à la Protection des Données des responsables de traitement dont les coordonnées sont indiquées ci-dessous.

Durée de conservation

Les données à caractère personnel de l'Adhérent sont conservées par L'EQUITE selon les durées fixées par les législations, les réglementations applicables et les autorités administratives ainsi que de ses contraintes opérationnelles, dont notamment la satisfaction de ses obligations comptables, la gestion pertinente de la relation client, l'instruction d'actions en justice ou de demandes émanant d'organismes publics.

A titre d'exemple, ci-dessous, les principales durées de conservation retenues par L'EQUITE :

Finalités de traitement	Durée
Enregistrement des conversations téléphoniques dans le cadre d'un démarchage téléphonique ayant abouti à la conclusion d'un contrat	2 ans
Lutte contre la fraude : • Qualification de l'alerte et alerte non pertinente • Alerte pertinente et fraude avérée	• 15 mois à compter de l'alerte • 5 ans et 3 mois à compter de la clôture du dossier de fraude
Exécution du contrat d'assurance Santé	Jusqu'à 15 ans
Exécution du contrat d'assurance Prévoyance ou Retraite	Jusqu'à 50 ans

Exercice des droits

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

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

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQ2123A_NI_07/2025

techniquement possible.

• **D'un droit de retrait :** droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans pour autant être une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

• **D'un droit d'opposition :** droit de s'opposer au traitement de ses données personnelles, notamment concernant la prospection commerciale et plus généralement les finalités de traitement ayant pour base légale l'intérêt légitime.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

L'Adhérent peut exercer ces droits sur simple demande :

Pour le Délégué :



Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr

rubrique «Exercer des droits personnels»



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé

143 Boulevard René Cassin

Immeuble Nouvel'R - Bat C

CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Pour l'Assureur :

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande :



Adresse électronique :

droitdaces@generalif.fr



Par courrier à l'adresse suivante :

L'EQUITE - Conformité

Délégué à la protection des données personnelles

TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09

Il pourra être demandé à l'Adhérent de justifier de son identité si les responsables de traitement ne parviennent pas à l'identifier de façon certaine.

Cas spécifique dans le cadre du démarchage téléphonique

Si l'Adhérent est un consommateur et qu'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

L'Assureur pourra cependant toujours le contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, concernant son contrat, ou pour

lui proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

Droit d'introduire une réclamation concernant le traitement des données à caractère personnel de l'Adhérent

Par ailleurs, l'Adhérent peut introduire une réclamation concernant le traitement de ses données à caractère personnel auprès de la :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

3 Place de Fontenoy

TSA 80715

75334 Paris Cedex 07

Pour plus d'information sur notre politique en matière de cookies, nous vous invitons à consulter notre site <https://www.generalif.fr/cookies>.

ARTICLE 24 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

4 place de Budapest - CS 92459

75436 Paris Cedex 09

ARTICLE 25 – DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (notamment de vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature du contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur l'espace adhérent :



Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr,

rubrique

«Je souhaite résilier ou me retracter»



Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
 Adresse :
 N° du contrat :
 Mode de paiement choisi :
 Montant de la cotisation déjà acquitté :
 Madame, Monsieur,
 Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1
 II du Code des assurances, j'entends par la présente
 renoncer au contrat d'assurance cité en références
 que j'ai souscrit en date du _____. Je vous prie
 d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salu-
 tations distinguées.
 Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent
 en application de l'adhésion, à l'exception du montant
 qui lui est dû en contrepartie du commencement
 d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.
 Ce remboursement intervient au plus tard dans les
 trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la
 notification de la renonciation.

Si le Contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client,
 même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur
 son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription
 d'un contrat. En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du
 Code des assurances, "toute personne physique qui fait
 l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence
 ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui
 signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un
 contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son
 activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y
 renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis
 de réception pendant un délai de 14 jours calendaires
 révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à
 justifier de motif ni à supporter de pénalités".
 Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve
 des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des
 assurances, l'Adhérent peut renoncer au présent contrat.

La demande de renonciation doit être adressée par écrit
 sur l'espace adhérent :



Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr,
rubrique
«Je souhaite résilier ou me retracter»



Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :
 Adresse :
 N° du contrat :
 Mode de paiement choisi :
 Montant de la cotisation déjà acquitté :
 Madame, Monsieur,
 Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du
 Code des assurances, j'entends par la présente renon-
 cer au contrat d'assurance cité en références que j'ai
 souscrit en date du _____.
 Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression
 de mes salutations distinguées.
 Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent
 en application de l'adhésion, à l'exception du montant
 qui lui est dû en contrepartie du commencement
 d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.
 Ce remboursement intervient au plus tard dans les
 trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la
 notification de la renonciation.

ARTICLE 26 – TAUX DE REDISTRIBUTION ET DE FRAIS DE GESTION

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2024 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux de 2024
Taux de redistribution ⁽¹⁾	70,80%
Taux de frais de gestion ⁽²⁾	29,20%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le
 remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés
 par une Maladie, une maternité ou un Accident et le
 montant des cotisations ou primes afférentes à ces
 garanties représente la part des cotisations ou primes
 collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de
 l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou
 l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le
 versement des prestations correspondant à ces garanties.
 (2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion
 au titre du remboursement et de l'indemnisation
 des frais occasionnés par une Maladie, une maternité
 ou un Accident et le montant des cotisations ou
 primes afférentes à ces garanties représente la part
 des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par
 l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties
 couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais
 précités, qui est utilisée pour le financement des frais de
 gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes
 engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser
 (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions
 des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des
 cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable
 et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la
 gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance,
 les services, les prestations complémentaires), c'est-à-
 dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme
 assureur dans le respect des garanties contractuelles.

ARTICLE 27 – NON RENONCIATION

Ni l'Assureur, ni l'Adhérent ou tout Assuré ne pourra
 se prévaloir d'une tolérance ou renonciation à un
 quelconque droit, pouvoir ou recours que l'autre partie
 au Contrat groupe n'aurait pas exercé ou tardé à l'exercer
 et qu'elle tient de celui-ci.

L'absence d'exercice d'un tel droit ou recours ne pourra
 être interprétée comme une novation du Contrat groupe
 ou de l'un quelconque de ses éléments.

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0062

ASSISTANCE SANTE



L'Association GPST (Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous), Association loi de 1901, immatriculée sous le numéro RNA W751216092, dont le siège social se situe 30-32 boulevard de Vaugirard – 75015 PARIS, a souscrit le contrat collectif n° FIC25SAN0062.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL (ci-après dénommée « FILASSISTANCE »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780.01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Téléphone : 09 82 06 60 08 (depuis la France)
+33 9 82 06 60 08 (depuis l'étranger)

Mail : assistance.personnes@filassistance.fr

Adresse : 108 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Télécopie : 09 77 40 17 87

Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance du Contrat, sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité de ce dernier.

Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0062 auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé Néoliane Dynamique distribué par Néoliane Santé ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0062.

1 – DÉFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident corporel : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte

à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Adhérent : Toute personne physique assurée au titre du contrat d'assurance complémentaire santé Néoliane Dynamique distribué par Néoliane Santé et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement au Domicile de l'Adhérent, tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : 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).

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Bénéficiaire : Toute personne vivant sous le même toit que l'Adhérent et résidant en France telle que définie au terme du Contrat susceptible de bénéficier de tout ou partie des prestations et garanties prévues au Contrat.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0062.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Équipe médico-psycho-sociale : Médecins de FILASSISTANCE, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de FILASSISTANCE.

Établissements de soins publics ou privés : Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Évènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE. L'Évènement applicable pour chaque garantie est précisé au sein de ces dernières.

Évènement traumatisant : État psychologique consécutif à un Accident corporel ou une Maladie redoutée du Bénéficiaire qui nécessite l'aide extérieure d'un professionnel pour lui permettre de surmonter cet état.

France : France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre et les Départements-Régions d'Outre-Mer français.

Hospitalisation : Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un Établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident corporel ou une Maladie.

Immobilisation imprévue : L'immobilisation imprévue se traduit par une incapacité temporaire à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son Domicile, nécessitant un repos à Domicile, constatée comme telle par une autorité médicale compétente et consécutive soit à un acte/traitement médical délivré par cette dernière qui n'a pas été planifié dans les 7 jours précédant sa délivrance, soit à un Accident.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente. Titre de transport : dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est remis un billet de train, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. À défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/retour.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre : zone couvrant la France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

2 – MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS

2.1 - Délivrance des prestations

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie, dans un délai maximum de dix (10) jours calendaires qui suivent :

- Une immobilisation au domicile,
- La sortie d'une hospitalisation,
- Un décès.

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE. À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée. Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par FILASSISTANCE permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le

médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu à un remboursement a posteriori ou au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au Domicile d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre soit comme présentant un danger ou risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de FILASSISTANCE. FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, ...) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard de FILASSISTANCE ou de l'un de ses prestataires.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2.2 - Remboursement des prestations

Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que l'intervention d'un prestataire auprès du Bénéficiaire n'est pas possible, FILASSISTANCE peut autoriser le Bénéficiaire à organiser lui-même la prestation.

Dans ce cas, FILASSISTANCE rembourse au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais, par virement, les frais engagés sous réserve de la transmission des justificatifs suivants :

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférent à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée* originale ou copie scannée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par FILASSISTANCE au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'Évènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Le remboursement est conditionné à l'obtention par le Bénéficiaire de l'accord préalable de FILASSISTANCE.

Le remboursement est toujours fait dans la limite de ce que FILASSISTANCE aurait pris en charge si elle avait organisé elle-même la prestation. Le Bénéficiaire s'engage à payer le cas échéant le reste à charge à son prestataire.

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble des dites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

**Toute facture transmise dans un format ne garantissant*

pas l'inaltérabilité de cette dernière (.txt, .docx, .xlsx ou tout autre format permettant la modification de la facture a posteriori de son édition) ne permettra pas d'obtenir un remboursement.

2.3 - Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. **En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un délai maximal de 72 heures.

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les prestations d'information juridique dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux

intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

2.5 - Conditions d'avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées par le Contrat, FILASSISTANCE peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

Conditions préalables au versement de l'avance par FILASSISTANCE

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, FILASSISTANCE adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins, accompagné d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité à FILASSISTANCE. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par FILASSISTANCE.

Délai de remboursement de l'avance à FILASSISTANCE

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à FILASSISTANCE la somme avancée par cette dernière **dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de l'avance.**

Sanctions

A défaut de remboursement dans le délai de trois (3) mois, la somme deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

3 – TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s).

Accompagnement budgétaire et social	5 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Information santé 360	Informations téléphoniques
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation sans prise en charge
Orientation vers des prestataires spécialisés	Mise en relation sans prise en charge

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 3 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;

- par Évènement : l'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation

Aide à domicile	3 heures maximum par Évènement <i>La garantie doit être mise en œuvre dans les 10 jours qui suivent la sortie de l'Hospitalisation.</i>
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport 2 nuits maximum à l'hôtel (petit-déjeuner compris) par Évènement à concurrence de 50 € TTC maximum par nuit
Garde des Animaux de compagnie	Dans la limite de 15 € TTC par jour et de 225 € TTC par Évènement

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de cette garantie, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;

- par Évènement : l'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Immobilisation

Livraison de médicaments	Frais d'acheminement <i>(dans la limite de 2 livraisons maximum par année civile et dans la limite d'un rayon de 50 km autour du Domicile)</i>
--------------------------	---

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS RESENTIS PAR UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;

- par Évènement : l'Évènement traumatissant.

Accompagnement psychologique	<i>Les entretiens doivent être mis en œuvre dans les 12 mois suivant la date de survenance de l'Évènement</i>
· Bénéficiaires majeurs	5 entretiens téléphoniques OU 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien
· Bénéficiaires mineurs	5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT LONG (CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE)

Dans le cadre de cette garantie, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s).

Aide à domicile	10 heures maximum par protocole de soins à raison de 2 heures maximum par séance
-----------------	--

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s) ;

- par Évènement : le décès.

Aide à la recherche d'un opérateur funéraire	Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement suite au décès	3 entretiens téléphoniques maximum par Évènement sur 90 jours, accompagné(s) d'un appel de suivi dans les 12 mois à compter du décès
Aides aux démarches administratives · Informations téléphoniques	Entretiens téléphoniques
· Mise à disposition d'un intervenant compétent	4 maximum par Évènement réparties sur les 12 mois qui suivent le décès
Avance des frais d'inhumation	2 000 € maximum par Évènement

4 – DÉTAIL DES GARANTIES

Les garanties ci-après sont octroyées selon les conditions et dans les limites prévues au paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

En cas de difficulté d'interprétation, il convient de faire prévaloir la rédaction du tableau synoptique des garanties du paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

4.1 - Accompagnement budgétaire et social

Le Bénéficiaire peut contacter FILASSISTANCE pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de FILASSISTANCE,
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Bénéficiaire,
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

4.2 - Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Équipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

4.3 - Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes. Elle intervient dès le premier jour de l'Hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile ou au retour au domicile.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Évènement devra être adressé à FILASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

4.4 - Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire ou sa famille dans la recherche d'un opérateur funéraire qui pourra prendre en charge l'organisation des funérailles.

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire ou de sa famille.

4.5 - Aide aux démarches administratives

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire décédé pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- Obsèques civiles ou religieuses,
- Prélèvements d'organes,
- Don du corps,
- Constatation de décès,
- Déclaration de décès,
- Chambres funéraires,
- Transports funéraires.

Les éventuels frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE organise et prend en charge, dans les limites prévues par le tableau des garanties, la venue d'un intervenant compétent à domicile pour aider les proches dans la rédaction de ces documents.

4.6 - Avance des frais d'inhumation

Si les proches du Bénéficiaire décédé ne peuvent pas régler les frais d'inhumation, FILASSISTANCE accorde une avance aux proches du Bénéficiaire décédé.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance du décès.

Cette avance est accordée et remboursée dans les modalités de l'article « Conditions d'avance de frais ».

4.7 - Garde des Animaux de compagnie

Si les Animaux de compagnie du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde au Domicile ou dans une pension pour animaux.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ».

4.8 - Information juridique et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

Informations juridiques

- Justice / défense / recours,
- Assurances sociales / allocations / retraites,
- Impôts / fiscalité,
- Famille,
- Travail,
- Protection sociale,
- Sociétés,
- Retraite.

Informations vie pratique

- Habitation / logement,
- Consommation,
- Vacances / loisirs,
- Formalités / cartes / permis,
- Les services publics,
- Enseignement / formation.

4.9 - Information santé 360

FILASSISTANCE oriente et informe le Bénéficiaire dans les domaines de la santé suivants (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone) :

• **Apprécie les interrogations, préoccupations ou problèmes de santé du Bénéficiaire compte tenu des informations communiquées ;**

• **Communique des informations générales sur :**

- Les pathologies (ex : pandémies ...),
- Les analyses médicales, notamment les analyses de sang, et les examens médicaux (IRM...) ;

• **Communique des informations générales sur la santé au quotidien :**

- Pharmacie : comment la constituer et disposer des médicaments essentiels,

- Connaître les gestes de secours (envoi d'une fiche pratique),
- Trousse de secours (voiture, voyage...) : comment la constituer,
- Automédication : les précautions à prendre,
- Vaccinations ;

• **Communique des informations générales sur le Bien vivre :**

- Alimentation et allergies, (comprendre les étiquettes produites, concilier allergies nutritionnelles et vie scolaire, faire face en cas de crise ...),
- Programme alimentaire de l'adulte à l'enfant :
 - Calcul de l'IMC,
 - Informations « nutrition » (fiches information...) et conseils à suivre (renvoi vers le médecin traitant) ;
- Bien-être :
 - Précautions à prendre pour un bon usage des compléments alimentaires,
 - Information sur les médecines alternatives : avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Académie de médecine (envoi de fiches information) ;

• **Délivre des informations en matière de :**

- Prévention (avec envoi de fiches prévention par courrier, par mail),
- Médecine du voyage (précautions sanitaires et comportementales, ...).

En cas d'ALD (affections de longue durée), maladies orphelines, maladies rares, maladies graves, l'Équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE est à l'écoute du Bénéficiaire, pour l'informer, l'accompagner dans le système de soins et le guider dans les démarches administratives.

De plus, le Bénéficiaire peut bénéficier d'informations sur :

- les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions),
- groupes de paroles,
- l'école à l'hôpital, activités ludiques, prêt de livres, jeux vidéo, associations proposant l'accompagnement par le biais d'animateurs qui jouent avec les enfants, organisation de goûter...

L'ensemble de ces prestations s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

4.10 - Livraison de médicaments

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, au Domicile.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

FILASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le Bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.

4.11 - Orientation vers des prestataires spécialisés

FILASSISTANCE oriente le Bénéficiaire vers des prestataires dédiés tels que :

- aide à la toilette,
- fournisseur de perruques,
- coiffeur à domicile,
- esthéticienne,
- coach sportif.

4.12 - Accompagnement suite au décès

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, les travailleurs sociaux de FILASSISTANCE apportent leur expertise, par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés.

4.13 - Présence d'un poche au chevet

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire. FILASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche par train 1ère classe ou avion classe économique.

4.14 - Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, FILASSISTANCE apporte son aide pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin, infirmière ou intervenant paramédical n'était disponible.

Les frais de visite ou autres restent à la charge du Bénéficiaire.

5 - EXCLUSIONS

5.1 - Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :

- les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
- les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
- les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;

• les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion.

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE :

- tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- tous frais générés par un surplus de poids des bagages ou par un transport de ces derniers effectués par un tiers que celui-ci ait été ou non sollicité par le Bénéficiaire, et plus généralement ;
- tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE.

6 - CLAUSES REGLEMENTAIRES

6.1 - Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

6.2 - Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ; la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette

finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles. Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions réglementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n° 16939, 4 Promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

6.3 - Responsabilité

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra aux Bénéficiaires, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

6.4 - Autorité de contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

6.5 - Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX

- par mail : qualite@filassistance.fr
- sur le site internet : www.filassistance.fr

via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

En tout état de cause, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux (2) mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, ou le cas échéant à compter de la date de réception de la réponse négative formulée par FILASSISTANCE, en adressant sa demande :



Par courrier à l'adresse suivante :
Médiation de l'Assurance TSA 50110
75441 Paris Cedex 09



sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Réclamant, de saisir les tribunaux compétents.

6.6 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq (5) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte 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 (30) ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

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

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

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.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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.

Etendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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 les 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 les héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

6.7 - Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr). Assuré et co-conçu par **L'ÉQUITÉ** – 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS – SA au capital de 69 213 760 € – RCS Paris 572 084 697 – Entreprise régie par le Code des assurances – N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI – Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : **NÉOLIANE DYNAMIQUE**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NÉOLIANE DYNAMIQUE sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements

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

Le produit NÉOLIANE DYNAMIQUE est un produit d'Assurance Complémentaire Santé. En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants droit, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit NÉOLIANE DYNAMIQUE est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'adhérent. Le produit NÉOLIANE DYNAMIQUE est conforme au dispositif « 100% Santé » qui permet à l'adhérent de bénéficier d'un zéro reste à charge sur les paniers optique, dentaire et aides auditives.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

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

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Secteur conventionné : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Forfait patient urgences, Forfait actes lourds ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles (y compris lentilles jetables) ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Médicaments ou vaccins prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Médecines naturelles (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), Matériel médical, Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.
- ✓ **Prévention** : Toutes les prestations de prévention couvertes par les régimes obligatoires.

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ **Aide à domicile** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
- ✓ **Présence d'un proche** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
- ✓ **Accompagnement psychologique** : en cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires ;
- ✓ **Avance des frais d'inhumation** : en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant ;
- **Dentaire** : Actes non remboursés par le Régime Obligatoire

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

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



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique ;
- ✗ Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD).

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- ! La majoration du Ticket Modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- ! Forfait journalier hospitalier non pris en charge dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Lit accompagnant** : Prise en charge lorsque l'Hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité ;
- ! **Frais de séjour** : Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- ! **Optique** : La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue et tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ;
- ! **Aides auditives** : Depuis le 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France Métropolitaine, pour des frais engagés sur ces mêmes zones géographiques. Elles s'étendent aux accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'Assurance Maladie de l'adhérent s'applique.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association GPST ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- Être résidentes en France métropolitaine (y compris en Corse) ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'Assureur ;
- Être âgé(e) entre 18 ans et sans limite d'âge (adhérent principal et conjoint) ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- Informer l'Assureur des événements suivants, dans un délai de 15 jours suivant leur survenance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre

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



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

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

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



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an à compter de sa prise d'effet et se reconduit tacitement, chaque année, à sa date d'anniversaire, sauf en cas de résiliation. L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qui commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La couverture prend fin :

- En cas de résiliation quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la Partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de France métropolitaine ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

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

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressée au siège social à :

Néoliane Santé – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 ;

- Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».**

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

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



POUR SUIVRE TOUS VOS REMBOURSEMENTS, RENDEZ-VOUS SUR :
www.monneoliane.fr



NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3
www.neoliane.fr

Distribué par NÉOLIANE SANTÉ – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré par L'ÉQUITÉ – 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS – SA au capital de 69 213 760 € – RCS Paris 572 084 697 – Entreprise régie par le Code des assurances – N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI – Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Assistance : FILASSISTANCE INTERNATIONAL – 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex – SA au capital de 4 100 000 € – RCS Nanterre 433 012 689 – Entreprise régie par le Code des Assurances – N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.

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



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !