

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane
PROTECTHOSPI

Indemnités journalières en cas d'hospitalisation

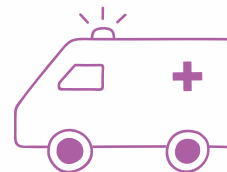
NOTICE D'INFORMATION

valant Dispositions Générales
+ Conditions Générales
d'Assistance IMA Assurances

L'Équité



GARDEZ L'ESPRIT SEREIN LORS D'UN SÉJOUR À L'HÔPITAL



Quel que soit le motif de votre hospitalisation, maladie ou accident, bénéficiez d'un budget complémentaire avec les indemnités journalières.

Lors d'une hospitalisation de nombreux frais sont à votre charge, notamment pour les hospitalisations de longue durée. Ces frais peuvent peser lourd dans votre budget.

Grâce à Néoliane Protect Hospi votre rétablissement sera votre principale préoccupation.

En complément :

- Soyez prévoyant avec la garantie décès accidentel incluse (exclue pour les enfants). En cas de décès causé par un accident, un capital de 4 000 € sera versé à vos proches. Cela leur permettra de faire face aux frais financiers engendrés par cette épreuve difficile.



LES AVANTAGES ✓

- ✓ Des indemnités à utiliser librement selon vos besoins
- ✓ Une couverture valable pour les hospitalisations en France et dans le monde entier (séjours de moins de 3 mois)
- ✓ Une indemnité exonérée d'impôts*
- ✓ Une indemnisation doublée en cas d'hospitalisation due à un accident
- ✓ Une garantie décès accidentel incluse (exclue pour les enfants)

UNE GARANTIE SIMPLE ✓

- ✓ Souscription possible jusqu'à 70 ans inclus
- ✓ Couverture jusqu'à 80 ans inclus
- ✓ Aucune formalité médicale
- ✓ Possibilité de couvrir les membres de votre famille
- ✓ En cas d'adhésion simultanée : des réductions pour votre conjoint et vos enfants

*Dans les limites fiscales en vigueur.



UNE ASSISTANCE GLOBALE ET INDISPENSABLE

Lors d'une hospitalisation, on ne pense pas toujours aux impacts sur la vie quotidienne d'une immobilisation.

Grâce à l'assistance incluse dans votre garantie Néoliane Protect Hospi bénéficiez d'un accompagnement complet et à l'international.

✓ **Dès l'adhésion :**

- Conseil social
- Informations juridiques sur la vie quotidienne

✓ **En cas d'hospitalisation :**

De nombreux services pour vous aider au quotidien :

- Aide-ménagère
- Livraison de médicaments à domicile
- Frais de transport et d'hébergement pour les proches

Un accompagnement complet en cas d'immobilisation :

- Transport et garde de vos enfants, soutien scolaire
- Prise en charge des animaux de compagnie

✓ **En cas de pathologie lourde :**

- Mise à disposition d'une enveloppe de service à utiliser selon vos besoins
- Bilan situationnel par un ergothérapeute au domicile

✓ **En cas d'hospitalisation lors d'un déplacement à l'étranger :**

- Rapatriement médical
- Frais de prolongation de séjour pour raisons médicales
- Rapatriement des autres bénéficiaires
- Frais de secours en montagne

✓ **Une prise en charge en cas de décès :**

- Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- Soutien psychologique
- Rapatriement de corps
- Déplacement d'un membre de la famille sur le lieu du décès
- Retour des accompagnateurs de l'adhérent ou son conjoint décédé
- Prise en charge des enfants, des ascendants et des animaux domestiques



STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 27 juin 2014

TITRE I

Formation – Dénomination – Durée – Objet Composition – Siège Social

Article 1. Constitution

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1^{er} 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 38-40, avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

TITRE II

Administration

Article 5. Composition du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 7 membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents. En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés. Ces Administrateurs peuvent être choisis parmi les membres de l'Association ou en dehors et être soit des personnes physiques, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent. Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles. En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés. Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses Administrateurs. Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration. Il informe également l'Assemblée

Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association. Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 6. Membres du Bureau

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres ou ses représentants un président qui est également le Président de l'Association. Il peut également désigner pour constituer le Bureau un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier, ces deux derniers pouvant être choisis en dehors des Administrateurs. Le Président réunit et préside le Conseil d'Administration et le Bureau. Il assure la gestion courante de l'Association, applique et fait appliquer les décisions du Conseil d'Administration. Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses pouvoirs à un autre membre du Bureau. Les attributions des membres du Bureau et le fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le Règlement Intérieur.

Article 7. Fonctionnement du Conseil d'Administration

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an. Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association. Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative. Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante. Les Administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions précisées le cas échéant par le Règlement Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents pour le calcul du quorum et de la majorité. Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil d'Administration.

Article 8. Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association. Le Conseil d'Administration signe avec un ou plusieurs Assureurs tout nouveau contrat d'assurance de groupe. Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée. Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur.

Article 9. Représentation en justice

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

TITRE III

Assemblées générales ordinaires et extraordinaires

Article 10. Composition des Assemblées

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés. Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter. Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur. Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote. Tous les pouvoirs en blanc retournés à l'Association donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration. Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

Article 11. Convocation – Quorum

L'Assemblée Générale est convoquée par le président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an. Les adhérents devront se munir, pour participer à l'Assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit. Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'Assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent. La convocation aux assemblées générales est individuelle : cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'Assemblée. Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'Association lorsqu'il sera invité à le faire. La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa. Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au dernier alinéa. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet. L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurait pas à l'ordre du jour. L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet). Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale entend le rapport du Conseil d'Administration sur la situation morale et financière de l'Association.

Article 13. Procès-verbal

Il est tenu une feuille de présence à l'Assemblée. Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d'au moins 10 % des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande. L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10 % des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution. Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants. Chaque membre dispose d'une voix. L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs. Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres. L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

Article 16. Règlement Intérieur

Un règlement intérieur peut être établi et modifié par le Conseil d'Administration sous réserve de la ratification de la plus prochaine Assemblée Générale.

TITRE IV

Ressources – Dépenses – Comptes

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ; et
- des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.

Article 18. Dépenses

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors des frais d'administration et de gestion, par :

- toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement ;
- toutes sommes engagées pour la réalisation de son objet social et notamment les cotisations et
- subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.

Les dépenses sont engagées par le Président, par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

Article 19. Comptes annuels

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte d'exploitation générale et un Bilan. Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil. Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

Article 20. Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants. Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'Assemblée Générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

TITRE V

Dissolution – Divers

Article 21. Dissolution de l'Association

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale, délibérant ainsi qu'il est dit ci-dessus, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association. Cette Assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

NOTICE D'INFORMATION

valant Dispositions Générales

« Néoliane Protect Hospi »

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance «Néoliane Protect Hospi» est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe. Il est souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et les articles L 141-7 et R 141-1 à R 141-9 du Code des assurances – 38-40, avenue des Champs-Élysées 75008 Paris, auprès de L'ÉQUITÉ, au profit de ses adhérents. L'Assureur délègue la gestion au gestionnaire :

Centre de Gestion Néoliane
BP 900051
31602 MURET Cedex

Il est distribué par NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE 455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5e – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € RCS Nice 510 204 274 - Immatriculation ORIAS : 09 050 488 (www.orias.fr)

Le contrat groupe est géré dans le cadre de la convention n° AC 491 925. Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information référencée EQC095ANI, qui définit les garanties, les engagements réciproques des parties ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat ;
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat 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 afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

Le fait pour l'Assuré de se prévaloir du présent contrat, notamment en effectuant des déclarations relatives au risque assuré, en déclarant un sinistre ou en fournissant à une autre personne les références du contrat pour justifier d'une assurance, vaut acceptation irrévocable de l'ensemble des stipulations de celui-ci qui constituent un tout indivisible.

Il est souscrit auprès de la compagnie d'assurance L'ÉQUITÉ - Entreprise régie par le Code des assurances - S.A. au capital de 22 469 320 € - RCS PARIS B 572 084 697 - 2, rue Pillet-Will - 75009 PARIS - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026, dénommée ci-après, l'Assureur.

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde les garanties prévues par le présent contrat, est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest
75436 Paris Cedex 09

Article 1 - DÉFINITIONS

ACCIDENT : Toute lésion corporelle de l'Assuré résultant de l'action, réaction ou résistance d'un événement soudain, imprévisible, et extérieur à l'Assuré ou s'il n'est pas extérieur qui est involontaire.

Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les affections résultant de la contamination ou infection par des agents biologiques ou non, les hernies, les lombagos, les sciatiques et les chocs émotionnels.

ADHÉRENT : La personne physique désignée comme telle au Certificat d'Adhésion, âgée d'au moins 18 ans et jusqu'à 70 ans inclus et résidant en France métropolitaine.

ASSURÉ(S) : Les personnes physiques désignées comme telles au Certificat d'Adhésion c'est-à-dire :
- L'adhérent, assuré à titre principal ;
- Les ayants droit de l'adhérent.

AYANT DROIT : Au titre du présent contrat, les ayants droit de l'adhérent sont :
- son Conjoint,

- leurs enfants, célibataires, âgés de plus de 30 jours et de moins de 18 ans.

CONJOINT : Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps, son cosignataire d'un PACS, ou son concubin notoire.

DÉLAI D'ATTENTE : Période qui court à compter de la prise d'effet du contrat et pendant laquelle certaines garanties ne sont pas encore acquises.

DÉLAI DE FRANCHISE : Période fixée au Certificat d'Adhésion au terme de laquelle débute l'indemnisation en cas de sinistre ouvrant droit à prestations.

MALADIE : Toute altération pathologique 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.

Les hernies, les lombagos, les sciatiques, les chocs émotionnels, et les grossesses à caractères pathologiques sont considérés comme des maladies.

HOSPITALISATION : Tout séjour dans un établissement hospitalier (Hôpital ou clinique, public ou privé) en France et dans le monde entier dû à une Maladie ou un Accident garanti (cf. article 4-EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE LA GARANTIE). À l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'Assureur, ou de ses mandataires le cas échéant, peut avoir accès.

Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident ne sont pas couvertes.

Article 2 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat « Néoliane Protect Hospi » prévoit le versement d'une indemnité journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation de l'Assuré consécutive à un accident ou à une maladie à l'exception toutefois des événements listés à l'«Article 4 - EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE LA GARANTIE» de la présente Notice.

Article 3 - CONDITIONS ET ÉTENDUE DE LA GARANTIE

1. Personnes garanties

L'adhérent au contrat, personne physique, résidant en France métropolitaine et âgé à l'adhésion d'au moins 18 ans et jusqu'à 70 ans inclus, a la qualité d'assuré à titre principal.

Il a la possibilité d'ajouter au contrat ses éventuels ayants droit, parmi son conjoint et/ou ses enfants (cf. paragraphe 1 - DÉFINITIONS).

2. La période de garantie

La période de garantie débute au plus tôt lors de la prise d'effet du contrat.

Elle prend fin par l'intervention du premier des événements décrits au paragraphe 2. « Cessation de la garantie » de l'article 5-VIE DU CONTRAT.

3. Montant de la garantie

Le montant de l'indemnité journalière forfaitaire choisi par l'adhérent est indiqué sur le Certificat d'Adhésion. Si la formule couple ou la formule famille est souscrite, le montant des indemnités journalières souscrit par le conjoint est identique à celui de l'adhérent principal. Si la formule famille est souscrite, les enfants figurant sur le Certificat d'Adhésion bénéficient de la garantie et le montant de l'indemnité journalière versée en cas d'hospitalisation est égal à 50 % du montant de l'indemnité journalière de l'adhérent.

Le montant de l'indemnité journalière est doublé, pour l'adhérent et/ou son conjoint assuré, en cas d'hospitalisation consécutive à un accident.

Lorsque la formule famille est souscrite, les enfants ne bénéficient pas du doublement en cas d'accident.

4. Durée de l'indemnisation

En cas d'hospitalisation garantie, l'Assuré percevra le montant de l'indemnité journalière indiquée au Certificat d'Adhésion dans les conditions décrites ci-après.

L'indemnité est versée :

- À partir du 1^{er} jour d'hospitalisation dans la limite d'une période maximum de 3 ans (1095 jours), lorsque l'hospitalisation est consécutive à un accident et sous réserve que sa durée soit supérieure ou égale à 24 heures consécutives ;
- À partir du 1^{er} jour en cas d'hospitalisation due à une maladie ou à la maternité dans la limite d'une période maximum de un an (365 jours) sous réserve que la durée de l'hospitalisation soit supérieure ou égale à 48 heures consécutives.

Plusieurs Hospitalisations successives de l'Assuré pour la même Maladie ou le même Accident sont considérées comme un seul événement assuré sauf si les causes sont totalement indépendantes ou si, pour la même Maladie ou le même Accident, les Hospitalisations sont espacées de plus de 60 jours.

5. Territorialité et étendue de la garantie

Les garanties sont acquises en France métropolitaine, et dans le monde entier lors de séjours de moins de 3 mois.

En cas d'hospitalisation hors France métropolitaine la prise en charge sera limitée à 90 jours par événement garanti.

Les sommes dues par la Compagnie seront payables en France métropolitaine et en Euros.

Article 4 - EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE LA GARANTIE

1. Conditions de la garantie

Pour mettre en œuvre la garantie, l'hospitalisation doit avoir lieu pendant la période de garantie et être la conséquence directe et immédiate d'un accident ou d'une maladie survenu ou constaté pendant la période de garantie.

En cas d'hospitalisation due à une grossesse, la garantie est acquise à l'expiration d'un délai d'attente de 10 mois.

2. Exclusions de la garantie

Ne sont pas garanties les accidents, maladies ou blessures :

- Survenus en dehors de la période de garantie ainsi que leurs suites et conséquences ;
- Causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
- Dus à l'utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule terrestre à moteur à deux ou trois roues d'une cylindrée égale ou supérieure à 400 cm³ ;
- Dus à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants, ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- Causés par la tentative de suicide de l'Assuré ;
- Provoqués par la guerre étrangère ;
- Provoqués par la guerre civile, les émeutes, mouvements populaires, une rixe (sauf cas de légitime défense), la participation à une grève, ou à un lock-out ;
- Résultant de la manipulation volontaire, par l'Assuré, d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
- Résultant de la désintégration du noyau atomique, des effets de l'énergie nucléaire ;
- Résultant de la pratique par l'Assuré d'un sport en qualité de professionnel ou d'amateur rémunéré ;
- Résultant de la pratique par l'Assuré de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, du parachutisme et de l'aéronef sous toutes ses formes ;
- Résultant de la participation de l'Assuré à des compétitions et/ou à leurs essais comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque, ou d'une embarcation à moteur.

Ne sont pas garanties les hospitalisations :

- À domicile ;
- Dans les établissements, services, centres de moyen ou long séjour ou maisons médicales à partir du moment où les soins et traitements

NOTICE D'INFORMATION valant Dispositions Générales

« Néoliane Protect Hospi »

effectués le sont pour : convalescence ou soins de suite, réadaptation ou rééducation (fonctionnelle ou motrice, des maladies cardio-vasculaires, des affections respiratoires, des affections hépato-digestives), rééducation ou réinsertion sociale et professionnelle ou pour des cures de toutes natures ;

- Dans les établissements, services, maisons ou centres de repos, d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice de vieillards, instituts médico-pédagogiques, établissements et services de gérontologie ou de gériatrie et pour personnes âgées dépendantes ;
- Dans les établissements, services ou centre thermaux, climatiques, diététiques, de thermalisme diététique, héliomarin, sanatoriums ou préventorium, aérums, de lutte contre la tuberculose ;
- En services, centres ou établissements hospitaliers psychiatriques ;
- À un bilan de santé (check-up) ou à un traitement à but de rajeunissement ;
- Dues aux affections de types psychiatriques : troubles mentaux, états dépressifs quelle qu'en soit l'origine ;
- Dues aux opérations de chirurgie esthétique, de chirurgie plastique non consécutives à un accident garanti ;
- Dues au délire alcoolique de l'Assuré, un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la Législation en vigueur au jour du sinistre ;
- Dues à une interruption volontaire de grossesse.

Article 5 - VIE DU CONTRAT

1. Prise d'effet de la garantie

Le contrat produit ses effets à la date indiquée au Certificat d'Adhésion sous réserve de l'encaissement effectif et de l'absence de renonciation au mode de paiement par mandat SEPA de la première cotisation, et au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date de conclusion du contrat à zéro heure.

La durée du contrat est fixée à UN AN à compter de la date d'effet figurant au Certificat d'Adhésion.

À l'expiration de cette année d'assurance, votre contrat est reconduit automatiquement d'année en année à l'échéance qui est fixée au 31 décembre, sauf résiliation par vous ou par nous dans les conditions fixées au paragraphe 5 « RÉSILIATION » de l'« Article 5-VIE DU CONTRAT » des présentes.

2. Cessation de la garantie

Les garanties prennent fin en tout état de cause à la date de cessation du contrat quelle qu'en soit la cause.

Les garanties cessent par l'intervention du premier des éléments suivants :

- À la date de résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause ;
- Au jour du 80^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- Au jour du décès du dernier adulte assuré ;
- Au jour de la perte de la qualité d'assuré.

3. Modification du contrat

- Modification des garanties

L'Assuré peut à tout moment demander à modifier le montant de la garantie en adressant un courrier dans ce sens à l'Assureur ou à son délégataire.

En cas d'augmentation du montant de l'indemnité souscrite, ce changement prendra effet à l'échéance anniversaire du contrat qui suivra la réception de la demande par nos services.

En cas de diminution de l'indemnité garantie, le changement prendra effet à l'échéance mensuelle suivante.

- Ajout ou retrait de bénéficiaires

Si en cours de vie du contrat, le souscripteur souhaite étendre la garantie à un de ses ayants droit, il fournira à l'Assureur tous les renseignements nécessaires le concernant.

Cet ajout se matérialisera par un avenant au contrat et le nouveau bénéficiaire de la garantie se verra appliquer les délais d'attente franchises de garantie applicables à une adhésion initiale.

Si une des personnes garanties par le contrat initial ne remplit plus les conditions requises (d'âge ou de résidence) pour bénéficier de la qualité d'assuré, la garantie cesse de plein droit.

Toutefois, l'Assuré devra porter cet élément à la connaissance de l'Assureur afin que le contrat soit aménagé en fonction des nouvelles conditions.

Si la formule famille est souscrite, le conjoint survivant prend la qualité d'Assuré principal en cas de décès du souscripteur.

Toute demande de modification du contrat sera adressée au gestionnaire :

Centre de Gestion Néoliane
BP 900051
31602 MURET Cedex

4. Informations à communiquer en cours de contrat

L'Assuré devra communiquer en cours de contrat, par courrier à l'Assureur, ou à son délégataire de gestion, tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations. À défaut d'information, les communications de l'Assureur seront valablement adressées à l'Assuré à son dernier domicile connu d'eux.

5. Résiliation

Ce contrat peut être résilié dans les conditions fixées ci-après :

Formes de la résiliation

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

Néoliane Santé
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice

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

1) Par l'Assuré :

- À l'échéance annuelle, par lettre recommandée, en respectant un délai de préavis de 2 mois avant la date d'échéance.

- En cas de survenance d'un des événements prévus à l'article L113-16 du Code des assurances (changement de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle) lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. Dans ce cas la demande de résiliation adressée dans les trois mois qui suivent l'événement prend effet un mois après la notification par lettre recommandée accompagnée des pièces justificatives.

- En cas d'augmentation de tarif pour des motifs techniques (Voir article 6-COTISATIONS).

- En cas de diminution du risque et que nous ne réduisons pas votre cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances) ; la demande doit être faite dans le mois qui suit la date à laquelle où vous en avez eu connaissance et elle prendra effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

- En cas de résiliation par l'assureur d'un autre de vos contrats après sinistre (article R113-10 du Code des assurances) ; la demande doit être adressée dans le mois qui suit l'envoi de notre lettre de résiliation du contrat résilié, et prendra effet 1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation.

2) Par l'Assureur :

- En cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues (Voir article 6-COTISATIONS).

- En cas d'omission ou inexactitude de bonne foi dans la déclaration des risques (article L113-9 du Code des assurances) dès que l'Assureur en a connaissance avec prise d'effet 10 jours après l'envoi de la lettre de résiliation par l'Assureur.

3) De plein droit :

- En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur défini aux articles L326-12 et R326-1 du Code des assurances ;

- En cas de liquidation judiciaire de l'Assureur (article L113-6 du Code des assurances).

Article 6 - COTISATIONS

1. Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation due au titre du présent contrat est celui figurant sur le Certificat d'Adhésion. La cotisation annuelle individuelle, Couple ou Famille est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite, et de l'âge de(s) l'Assuré(s). L'âge de chaque assuré est déterminé date de prise d'effet du contrat et lors de chaque renouvellement en fonction de la différence entre le millésime de l'année considérée et son année de naissance.

2. Dates et modalités de paiement de la cotisation

La cotisation et ses accessoires sont à payer au plus tard dix jours après la date d'échéance indiquée au Certificat d'Adhésion. Le paiement de la cotisation est effectué d'avance au Siège social de l'Assureur ou auprès de tout organisme auquel il aurait délégué l'encaissement. La cotisation est payable selon les modalités choisies par l'adhérent et figurant sur le certificat d'adhésion : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle par prélèvement SEPA ou par chèque pour le règlement annuel uniquement.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

3. Sanction du défaut de paiement

À défaut du paiement de votre cotisation dans ce délai, nous adresserons à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure qui entraînera :

- La suspension des garanties de votre contrat si vous ne payez pas l'intégralité de la cotisation totale restant due à l'expiration d'un délai de 30 jours ;
- La résiliation du contrat si le paiement de l'intégralité de la cotisation totale restant due n'est toujours pas intervenu dans les 10 jours suivants la suspension des garanties (L113-3 du Code des assurances).

4. Modification du montant de la cotisation

Il sera fait application conforme des dispositions réglementaires modifiant le taux ou l'assiette de la taxe sur les conventions d'assurance ou instaurant ou modifiant une charge parafiscale.

Si pour des raisons techniques, nous modifions le tarif applicable au présent contrat, la cotisation est calculée en fonction du nouveau tarif dès la première échéance annuelle qui suit cette modification.

Dans ce cas, vous pouvez résilier le contrat dans les conditions énoncées au paragraphe 5 « RÉSILIATION » de l'article 5 des présentes.

L'Assureur aura alors droit à la portion de cotisation, calculée sur les bases de l'ancien tarif, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

Article 7 - SINISTRE

1. Déclaration de sinistre :

L'Assuré, ses ayants droit, ou toutes personnes agissant au titre du présent contrat doit déclarer à l'Assureur les hospitalisations de nature à entraîner la mise en œuvre de la garantie dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant le moment où ils en ont eu connaissance.

Si ce délai n'est pas respecté, la garantie ne sera pas acquise, dès lors que l'Assureur justifie que ce retard lui a causé un préjudice.

Pour déclarer le sinistre, l'Assuré doit écrire à l'adresse suivante :

Centre de Gestion Néoliane
BP 900051
31602 MURET Cedex

Tél : 01 40 89 15 85

Nous vous enverrons par retour un formulaire de déclaration que vous devrez nous retourner dûment complété et signé en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- La copie de votre Certificat d'Adhésion ;
- le compte-rendu d'hospitalisation ;
- le bulletin d'hospitalisation.

L'Assureur se réserve le droit de demander tous renseignements ou pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires afin de se prononcer sur la garantie et le cas échéant de procéder à son règlement.

2. Contrôle et expertise médicale :

Sous peine de déchéance, l'Assuré doit se soumettre à tous examens que l'Assureur jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits susceptibles d'affecter le règlement du sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.

Les médecins missionnés par l'Assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'Assuré pour procéder à tout contrôle et à toute expertise, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours.

Dans le cas où l'Assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné par l'assureur doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.

L'Assuré doit toujours indiquer à l'Assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En cas d'accident ou de maladie atteignant l'Assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

3. Paiement des indemnités garanties :

Notre règlement interviendra dès que possible et au plus tard dans les 15 jours qui suivent la date de l'accord de garantie. Pour toute hospitalisation supérieure à 30 jours, nous pourrions sur votre demande, vous verser des acomptes à la condition d'être en possession de toutes les pièces justificatives.

Article 8 - INFORMATION DE L'ASSURÉ

1. Prescription

Conformément aux articles L114-1, L114-2, et L114-3 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

Article L114-2 du Code des assurances

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

Conformément à la «Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription» du Code civil :

«La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (Article 2240 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 2241 du Code civil)

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. (Article 2242 du Code civil)

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 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. (Article 2244 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 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 du Code civil)

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.» (Article 2246 du Code civil)

2. Examen des réclamations et procédure de médiation

Pour toute réclamation relative à la gestion de votre contrat, vos cotisations ou encore vos sinistres, adressez-vous prioritairement à votre interlocuteur habituel qui est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

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

Si vous ne recevez pas une réponse satisfaisante, vous pouvez adresser votre réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

L'ÉQUITÉ – Cellule Qualité
2 rue Pillet Will
75433 PARIS CEDEX 9

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

- dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'assuré dans ce délai,
- deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'assuré, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

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

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations, vous pouvez, saisir le Médiateur de l'Assurance, en écrivant à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse. La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

3. Droit d'accès aux informations enregistrées :

Identification du responsable de traitement
Cette clause a pour objet de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'Équité en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé & Prévoyance, en tant que Déléguataire :

- Souscription des contrats,
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes;
- Gestion et règlement des sinistres
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	<ul style="list-style-type: none">- Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis ...- Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).	<ul style="list-style-type: none">- Recouvrement- Exercice des recours et application des conventions entre assureurs- Gestion des réclamations et contentieux- Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat- Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties,- Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque- Etudes statistiques et actuarielles- Amélioration continue des offres et process
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none">- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme- Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats de remboursement de frais de soins

Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat - Prospection commerciale et 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
------------------	--

Les informations collectées seront conservées dans des bases de données sécurisées pour toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires.

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- o état civil, identité, données d'identification
- o données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- o données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- o informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- o numéro d'identification national unique
- o données de santé issues du codage CCAM.

- La 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 contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de L'Assureur, Néoliane Santé & Prévoyance. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant 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'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

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 de vos données.

Aujourd'hui, les data centers du groupe Generali France sont localisés en France, en Italie et en

Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données.

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 (Maroc, Tunisie) concernent des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, surveillance de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droi-tdaces@generali.fr

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : Vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification : Vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : Vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre 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 vos données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : Vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles
- D'un droit à la portabilité des données : Vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.

- Droit de retrait : Vous avez le 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 être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- Droit d'opposition : Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante :

- Néoliane Santé & Prévoyance :

Adresse électronique : dpo@neoliane.fr

Adresse postale : 455 promenade des Anglais 06200 Nice

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et 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 en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

4. Droit de renonciation

L'Assuré dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion 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. 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 le site :

www.neoliane-sante.fr/service-client

ou envoyée à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais - Immeuble Plaza
06200 Nice

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 souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le ____ à ____ Signature de l'Adhérent

NOTICE D'INFORMATION VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance Décès en cas d'accident est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative, régi par les articles L141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il est souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et les articles L 141-7 et R 141-1 à R 141-9 du Code des assurances – 38-40, avenue des Champs-Élysées 75008 Paris, auprès de L'ÉQUITÉ, au profit de ses adhérents.

Le contrat d'assurance de groupe souscrit par l'Association GPST auprès de L'ÉQUITÉ est géré dans le cadre de la convention n° AC 491 924.

Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information qui régit le fonctionnement du contrat, le contenu des garanties, ainsi que les exclusions.
- Elle donne également la définition des termes d'assurance utilisés ; ces définitions ont un caractère contractuel.
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le fait pour l'Assuré de se prévaloir du présent contrat, notamment en effectuant des déclarations relatives au risque assuré, en déclarant un sinistre ou en fournissant à une autre personne les références du contrat pour justifier d'une assurance, vaut acceptation irrévocable de l'ensemble des stipulations de celui-ci qui constituent un tout indivisible.

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

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde les garanties prévues par le présent contrat, est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest
75436 Paris Cedex 09

Article 1 - DÉFINITIONS

ACCIDENT :

Est considéré comme accident toute action, réaction ou résistance d'un élément extérieur à l'adhérent - à l'exclusion d'une maladie - et résultant d'un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire.

Ce sont les traumatismes, les chutes, les chocs, les fractures, les morsures, les piqûres d'animaux ou de plantes, les brûlures, asphyxies et empoisonnements divers.

Ne sont pas considérés comme accident mais comme maladie l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, et l'épilepsie.

ASSURÉ(S) :

Personne physique sur laquelle repose le risque et désignée au Certificat d'adhésion, c'est à dire l'adhérent au contrat, âgé entre 18 ans et 80 ans inclus et résidant en France à titre principal.

AVENANT :

Document établi par la Compagnie constatant une modification du contrat.

CODE DES ASSURANCES :

Ensemble des textes législatifs et réglementaires français qui régit le contrat d'assurance et définit notamment les rapports entre Assurés et Assureurs.

DÉCHÉANCE :

Perte de vos droits à l'indemnité d'assurance à la suite de l'inobservation de certaines de vos obligations.

ÉCHÉANCE :

Date à laquelle l'adhérent doit payer la cotisation d'assurance.

MALADIE :

Toute altération de la santé entraînant une modification de l'état général et pouvant être constatée par une autorité médicale, et n'ayant pour origine ni un accident, ni le fait volontaire de l'Adhérent ou d'un tiers.

TRANSPORT EN COMMUN :

Moyen de transport public commercial terrestre (excepté le taxi), maritime, fluvial

ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers dans un périmètre et à des horaires de départs et d'arrivées déterminés, et en échange d'un titre de transport acquitté.

Article 2 - OBJET DE L'ADHÉSION

L'adhésion a pour objet le versement d'un capital forfaitaire en cas de décès de l'adhérent consécutif à la survenance d'un accident garanti.

En cas de décès accidentel garanti, le capital assuré est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à l'adhésion.

Lorsque cette désignation n'est plus appropriée, elle peut être modifiée par voie d'avenant au contrat ou par voie testamentaire.

Les coordonnées du (ou des) Bénéficiaire(s) nommément désigné(s) peuvent être portées au contrat ; elles seront utilisées par l'Assureur au décès de l'adhérent.

À défaut d'une telle désignation :

Le Bénéficiaire en cas de décès est le conjoint de l'adhérent non séparé de corps, à défaut les enfants de l'adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'adhérent.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un Bénéficiaire déterminé peut devenir irrévocable par l'acceptation de ce Bénéficiaire sauf dans le cas où le droit en dispose autrement.

La liberté de l'adhérent de modifier la désignation bénéficiaire peut dès lors être limitée par l'acceptation du Bénéficiaire.

Aucune des stipulations du présent contrat n'a pour effet de conférer un droit particulier à un Bénéficiaire acceptant.

Article 3 - CONDITIONS D'ADHÉSION

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

- Être adhérentes à l'Association GPST ;
- Être âgées d'au moins 18 ans et jusqu'à 70 ans inclus.

Article 4 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur après avoir pris connaissance de la présente Notice d'information, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association dont la cotisation mensuelle en vigueur sera prélevée mensuellement. À ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'Association.

Article 5 - ÉTENDUE DE LA GARANTIE

1. Le montant du capital garanti

Le montant du capital garanti est mentionné au Certificat d'Adhésion.

2. Les accidents garantis

La garantie du présent contrat couvre tous les accidents survenus dans le cadre de votre vie privée, professionnelle, ou sportive à l'exception toutefois des événements cités au paragraphe 2 « Les événements exclus de la garantie » de l'Article 6 des présentes.

Les accidents couverts par la garantie sont notamment :

- **Les accidents de transport en commun**
Ce sont les accidents corporels dont peut être victime l'adhérent en sa qualité de passager lors de ses déplacements en transport en commun.

- **Les accidents de la circulation**

Ce sont les accidents corporels survenant sur la voie publique et dont peut être victime l'adhérent en sa qualité de piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues, y compris d'un taxi, autre qu'un moyen de Transport en commun.

- **Les accidents de trajet professionnel**

Sont également compris dans la garantie, les accidents corporels pouvant survenir pendant le trajet d'aller et de retour du domicile de l'adhérent à son lieu de travail dans les termes et conditions définies à l'art. L411-2 du Code de la Sécurité sociale.

- **Les accidents de sports**

Ce sont les accidents survenant dans le cadre de la pratique par l'adhérent de sports, à titre amateur, ne faisant pas l'objet d'une exclusion.

3. Territorialité de la garantie

La garantie s'exerce en France et, dans le cadre de séjours de moins de trois mois, dans le monde entier.

Toutefois, le paiement du capital s'effectue toujours en France et en Euros.

Article 6 - EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE LA GARANTIE

1. Conditions de la garantie

Pour la mise en œuvre des garanties, l'adhérent doit être à jour de sa cotisation et le sinistre doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- L'accident à l'origine de l'évènement garanti doit survenir pendant la période garantie ;
- La date de déclaration du sinistre se situe pendant la période de garantie ;
- Le sinistre doit survenir pendant la période de garantie ;
- Le sinistre doit survenir dans les 12 mois suivant la survenance de l'accident garanti.

2. Les événements exclus de la garantie

Sont exclus de la garantie les maladies de toute nature.

Ne sont pas garanties, les conséquences d'un accident :

- Survenu en dehors de la période de garantie ainsi que ses suites et conséquences ;
- Causé ou provoqué intentionnellement par la personne assurée ou le bénéficiaire, ou avec leur complicité ;
- Causé par le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée ;
- Causé par les manifestations pathologiques suivantes chez l'adhérent : apoplexie, épilepsie, maladies mentales, maladies de la moelle épinière, paralysie ;
- Survenu au cours ou à la suite d'un acte médical ou chirurgical, sauf si cet événement constitue la suite immédiate et directe d'un accident garanti ;
- Survenu à l'occasion de l'utilisation par l'adhérent, en sa qualité de conducteur ou de passager, d'une moto de cylindrée supérieure à 400 cm³ ;
- Résultant d'un état d'éthylisme de l'adhérent ou de l'usage par lui de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- Résultant de la participation volontaire de l'adhérent à une rixe (sauf en cas de légitime défense), à un délit intentionnel, à des actes de terrorisme ou de sabotage ;
- Résultant de la manipulation volontaire par l'adhérent d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
- Résultant de la pratique par l'adhérent de sports aériens (y compris le vol libre et le parachutisme) sous toutes ses formes, de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, ou de sa participation à une compétition et à ses essais comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque ou d'une embarcation à moteur ;
- Résultant de la pratique par l'adhérent d'un sport à titre professionnel ou d'amateur rémunéré ;
- Survenant lorsque l'Assuré pilote un avion ou est membre d'équipage ou passager de tout appareil aérien n'appartenant pas à une compagnie régulière ou « charter » dûment agréée pour le transport payant des voyageurs sur lignes régulières ;
- Consécutif à la conduite par l'adhérent d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur ;
- Occasionné par un tremblement de terre, une inondation ou tout autre cataclysme ;
- Consécutif à une guerre étrangère ;
- Consécutif à une guerre civile, une émeute ou des mouvements populaires, une rixe (sauf si l'adhérent peut prouver qu'il agissait en cas de légitime défense), une grève ou un lock-out ;
- Occasionné par une modification de la structure du noyau atomique, aux effets directs ou indirects de l'énergie nucléaire.

Sont en outre exclus du bénéfice de la garantie, toutes personnes membres des forces armées, de gendarmerie, de police nationale ou municipale en service commandé.

Article 7 - LE SINISTRE

1. Déclaration de sinistre

Les ayants droit de l'adhérent ou toute personne agissant au titre de ce contrat doivent effectuer une déclaration dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 90 jours qui suivent le décès de l'Assuré à :

Centre de Gestion Néoliane
BP 900051 - 31602 MURET Cedex
Tél : 01 40 89 15 85

Au-delà de ce délai, l'Assureur qui apportera la preuve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, pourra opposer la déchéance pour déclaration tardive au bénéficiaire.

2. Pièces justificatives

En cas de décès de l'Assuré, La déclaration de sinistre doit comprendre les pièces justificatives suivantes :

- Le numéro de contrat figurant sur le certificat d'adhésion ;
- Un extrait d'acte de décès ;
- Un justificatif de l'identité du bénéficiaire et le cas échéant un certificat d'hérédité ou une copie du Livret de famille ;
- Les pièces justifiant la nature accidentelle du décès (PV de gendarmerie, certificat médical, etc.) ;
- Tout élément permettant de justifier que le décès est la conséquence directe d'un accident survenu pendant la période d'effet des garanties.

3. Paiement des prestations

À compter de la réception par le gestionnaire de l'ensemble des pièces justificatives du décès accidentel de l'Assuré, l'Assureur règle le montant du capital souscrit au bénéficiaire désigné par l'adhérent sous un délai de 40 jours.

Le règlement du capital garanti au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès accidentel de l'Assuré met fin aux engagements de l'Assureur.

Article 8 - VIE DU CONTRAT

1. Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent du bulletin d'adhésion.

Le contrat produit ses effets à la date indiquée au Certificat d'Adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation et de l'absence de renonciation au mode de paiement par mandat SEPA de la première cotisation et au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date de conclusion du contrat à 0h00.

La durée initiale du contrat est fixée à 12 mois.

À l'expiration de cette année d'assurance, votre contrat est reconduit automatiquement d'année en année à l'échéance qui est fixée au 31 décembre, sauf résiliation par vous ou par nous dans les conditions fixées ci-après.

2. Résiliation

Formes de la résiliation

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

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice

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

Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son adhésion :

- À l'échéance en adressant à l'Assureur, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion, une lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.
- En cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'adhérent a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- En cas de diminution du risque si l'Assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation. Les dispositions applicables en cas de diminution du risque ne sont pas applicables lorsque l'état de santé de l'Assuré se trouve modifié.

Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des assurances), dans les 10 jours qui suivent l'échéance. Dans ce cas, l'Assureur adresse une lettre de mise en demeure au dernier domicile connu de l'Assuré. À l'expiration d'un délai de trente (30) jours à compter de l'envoi de la lettre de mise en demeure, la garantie est suspendue. Si la cotisation n'est pas intégralement régularisée au terme d'un délai supplémentaire de 10 jours, l'adhésion est résiliée.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par l'adhérent ou l'Assureur

L'adhérent ou l'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a

NOTICE D'INFORMATION VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES

(Suite)

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), dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'Assureur.

La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément administratif de l'Assureur ;
- En cas de décès de l'adhérent.

En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.

3. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- À la date de résiliation de l'adhésion quelle qu'en soit la cause ;
- À la date d'échéance annuelle qui suit le 80^e anniversaire de l'Assuré ;
- Au jour du versement du capital garanti au(x) bénéficiaire(s).

Article 9 - COTISATIONS

Le montant de la cotisation due au titre du présent contrat est celui figurant sur le certificat d'adhésion.

La cotisation annuelle est fonction de l'âge de l'Assuré.

L'âge de chaque assuré est déterminé à la date de prise d'effet du contrat et lors de chaque renouvellement sur la base de la différence entre le millésime de l'année considérée et son année de naissance.

La cotisation est payable selon les modalités choisies par l'adhérent et figurant sur le certificat d'adhésion : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle par prélèvement SEPA ou par chèque pour le règlement annuel uniquement.

Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par l'Assureur, en fonction des résultats du contrat. Le cas échéant, cette modification prendra effet à l'échéance anniversaire du contrat.

Toute modification au contrat sera notifiée à l'adhérent, au moins trois mois avant sa prise d'effet. Le consentement de chaque adhérent à une modification peut être prouvé par tout moyen de droit.

De convention expresse, il est précisé que ce consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formée auprès de l'Assureur de la part de l'adhérent dans les trente jours suivant son exécution.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'adhérent est informé par une lettre recommandée de mise en demeure que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de son adhésion. La résiliation de l'adhésion et la cessation de la garantie interviendront de plein droit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée à moins que la cotisation n'ait été réglée dans l'intervalle.

Article 10 - INFORMATIONS DE L'ADHÉRENT

10.1 - CONDITIONS DIVERSES

Toute personne ayant fait l'objet d'une résiliation par L'ÉQUITÉ ne peut pas adhérer au présent contrat.

Chaque personne garantie ne peut être assurée par plusieurs contrats identiques auprès de L'ÉQUITÉ. Si cette éventualité se produisait, la personne garantie par plusieurs contrats devrait choisir celui dont elle désire bénéficier.

10.2 - PRESCRIPTION

Conformément aux articles L114-1, L114-2, et L114-3 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 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 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les

actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré. (L114-1 du Code des assurances).

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 L114-2 du Code des assurances).

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» (Article L114-3 du Code des assurances).

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

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

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.

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

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.

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.

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.

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

10.3 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

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

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

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

L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité
2 rue Pillet Will
75433 PARIS CEDEX 9

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

- dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'assuré dans ce délai,
- deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'assuré, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de l'adhésion, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'adhérent ou l'Assureur.

10.4 - PROCÉDURE DE MÉDIATION

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

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'Assureur après examen de sa demande par la Cellule Qualité, l'adhérent peut saisir le Médiateur de l'assurance, en écrivant à :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'adhérent n'a pas été soumise à une juridiction.

10.5 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations à caractère personnel recueillies par l'Assureur ou son délégataire sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande, d'effectuer les actes d'adhésion et de gestion de la présente adhésion. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

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

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

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

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice.

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

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'adhérent à la prospection conformément aux exigences légales.

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, l'adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS.

10.6 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article L.223-1 du code de la consommation, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou **OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES**

10.7 - RENONCIATION À L'ADHÉSION*

L'adhésion au Contrat ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent s'il a adhéré par vente à distance ou par démarchage. Il 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 (cf. 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 partir de la date de signature de votre contrat,

soit à compter du jour où vous avez 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 le site :

www.neoliane-sante.fr/service-client

ou envoyée à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais - Immeuble Plaza
06200 Nice

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 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 souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées. Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

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 - vous pouvez renoncer au présent contrat.

La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

www.neoliane-sante.fr/service-client

ou envoyée à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais - Immeuble Plaza
06200 Nice

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____. Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

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.

CONVENTION D'ASSISTANCE

Dispositions Générales

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

I 05 49 76 66 30 OU +33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger.

Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- Si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine ;
- Si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM, le transport est effectué au sein du DROM de résidence de l'adhérent.

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger (monde entier).

Les garanties d'assistance déplacement sont accordées pour tout déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours :

- En France à plus de 50 km du domicile, à l'exception de la garantie Frais médicaux et d'hospitalisation acquise uniquement à l'étranger ;
- À l'étranger (monde entier) sans franchise kilométrique.

Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

1.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
 - d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
 - de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
 - de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
 - de décès,
- dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 INTERVENTION

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

1.2.1 Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3.2 à 3.4, 4 et 6 doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent :

- une immobilisation au domicile,
- la sortie d'une hospitalisation,
- un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide-ménagère prévue aux articles 3.1 et 6.6, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation ou le décès. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

Illustration : en cas d'appel le 10^{ème} jour, la garantie est alors plafonnée à 10 jours.

1.2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. **IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES dans les DROM, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

Les garanties en cas de décès s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'événement.

IMA ASSURANCES ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

2. GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1 CONSEIL SOCIAL

IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un Travailleur Social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

2.2 INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français.

À titre d'exemple : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger.

3. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

3.1 AIDE MÉNAGÈRE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

3.2 PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge en France le déplacement aller - retour d'un proche par train 1^{ère} classe ou avion classe économique.

IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

3.3 SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 10 jours :

• Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par événement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

3.4 PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

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

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter » ;
- La garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter » ;
- La garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 interventions réparties sur une période maximale de 10 jours.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- La promenade du chien de l'adhérent par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'intervention est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 interventions réparties sur une période maximale de 10 jours. Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

4. GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

4.1 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

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

• Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

• Le transfert des enfants

Le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

• La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

4.2 REMPLAÇANTE DE GARDE D'ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

4.3 SOUTIEN SCOLAIRE EN LIGNE (enfant accidenté ou malade)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 14 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours.

5. GARANTIES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU

En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU

En cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant.

IMA ASSURANCES, organise et prend en charge les garanties ci-dessous à utiliser sur une période de 12 mois à compter de la survenance de l'événement.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA ASSURANCES, des mesures conservatoires d'aide-ménagère peuvent être mises en œuvre à concurrence de 6h sur une semaine. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation.

CONVENTION D'ASSISTANCE

Dispositions Générales (Suite)

Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 3 et 4.

5.1 ENVELOPPE DE SERVICES

IMA ASSURANCES met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 50 unités de consommation.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

[Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité](#)

5.2 TÉLÉASSISTANCE

IMA ASSURANCES prend charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'adhérent pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

5.3 BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

5.4 SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil, dans la limite d'un dossier par événement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge du bénéficiaire qui doit transmettre à la structure du groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

6. GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant :

- à plus de 50 km du domicile et lors d'un déplacement d'une durée inférieure à 90 jours pour les garanties décrites aux articles 6.1 à 6.3,
- sans condition de franchise et de durée pour les garanties décrites aux autres articles.

6.1 RAPATRIEMENT DE CORPS

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport du corps.

Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine, si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine,

ou dans le DROM de résidence, si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante (entrée de gamme) si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

6.2 DÉPLACEMENT D'UN PROCHE SUR LE LIEU DU DÉCÈS

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son déplacement aller-retour par train 1^{ère} classe ou par avion classe économique, ainsi que son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

6.3 RETOUR DES ACCOMPAGNEURS

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport des autres bénéficiaires par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au domicile.

6.4 AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques.

6.5 ACCOMPAGNEMENT SUITE DÉCÈS

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

Cette garantie est accordée dans la limite de 3 entretiens téléphoniques sur 90 jours, accompagné d'un appel de suivi dans les 3 mois suivant le premier appel.

6.6 AIDE-MÉNAGÈRE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

6.7 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

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

• Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

• Le transfert des enfants

Le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

• La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'un de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

6.8 CONDUITE À L'ÉCOLE

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 20 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions.

6.9 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

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

• Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile.

• Le transfert des ascendants chez un proche

Le voyage aller et retour en France des ascendants auprès de proches susceptibles de les accueillir.

• La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

6.10 PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

IMA ASSURANCES organise et prend en charge 20 jours de garde de l'animal chez un « pet sitter » réparties sur une période maximale de 20 jours.

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

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

7. GARANTIES EN CAS DE DÉPLACEMENT

7.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance Déplacement s'appliquent en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement.

7.2 INTERVENTION

Application de garanties

Les garanties s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

IMA ASSURANCES ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

IMA ASSURANCES ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'évènement donnant lieu à l'intervention d'IMA assurances restent à sa charge (titre de transport, repas ...).

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

7.3 ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS D'ACCIDENT

7.3.1 Rapatriement médical

Lorsque les médecins d'IMA ASSURANCES, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens

(ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA ASSURANCES organise et prend en charge le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA ASSURANCES, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé.

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

Lorsque le rapatriement concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, IMA ASSURANCES organise et prend en charge systématiquement le voyage aller et retour d'un proche, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, IMA ASSURANCES fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

7.3.2 Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de 10 jours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

7.3.3 Prolongation de séjour pour raisons médicales

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par les médecins d'IMA ASSURANCES, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son hébergement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

7.3.4 Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire, blessé, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche pour se rendre à son chevet, ainsi que son hébergement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

7.4 FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

IMA ASSURANCES, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, prend en charge, déduction faite d'une franchise de 30 euros, les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 10 000 euros par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie. Ce plafond est ramené à 80 euros pour les soins dentaires.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA ASSURANCES et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance.

Le bénéficiaire s'engage :

- à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et à transmettre à IMA ASSURANCES les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus,
- à reverser sans délai à IMA ASSURANCES les remboursements dont il a bénéficié à hauteur de la somme avancée par IMA ASSURANCES.

7.5 FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160 euros.

À l'étranger, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160 euros.

CONVENTION D'ASSISTANCE

Dispositions Générales (Suite)

8. EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

8.1 INFRACTION

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

8.2 FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

8.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

8.4 REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA ASSURANCES, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA ASSURANCES étant déchargée de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

8.5 EXCLUSIONS

Exclusions pour l'assistance domicile

a) Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques ;
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

b) Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

Les décès consécutifs :

- À une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- À la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- À la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée ;
- À la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- À la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes ;
- À un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance) ;
- Aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

Exclusions pour l'assistance déplacement

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- Les affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut-être différé à son retour ;
- Les maladies chroniques, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutal ou proche ;
- Les convalescences et affections en cours de traitement et non encore guéries au moment du déplacement ;
- Les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition ;
- Les soins externes (toutes consultations ou tous examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement, soins optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, sans hospitalisation) ;

- Les frais médicaux engagés en France ;
- Les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue ;
- Les frais de repas autres que le petit déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA ASSURANCES au titre des garanties ;
- Les frais de transports primaires, de secours d'urgence et les frais de recherche ;
- Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe.

9. VIE DU CONTRAT

9.1 DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat « Néoliane Protect Hospi » souscrit par l'adhérent auprès de NÉOLIANE SANTÉ.

9.2 RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de NÉOLIANE SANTÉ pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

9.3 SUBROGATION

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

9.4 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

9.5 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à NÉOLIANE SANTÉ à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'avoir été collectées à tout professionnel de santé devant en connaître pour accomplir la mission de soins confiée par IMA ASSURANCES.

À cet effet, dans ces conditions et à l'égard de ces professionnels de santé, les bénéficiaires libèrent IMA ASSURANCES ainsi que son personnel médical de son obligation de secret professionnel sur ces informations médicales.

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

9.6 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

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

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

DÉFINITIONS

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

• ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

• ADHÉRENT

Adhérent ayant souscrit un contrat « Néoliane Protect Hospi » auprès de NÉOLIANE SANTÉ.

• ANIMAUX DOMESTIQUES

- Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense),
- Chats,
- NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

• BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

• CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

• DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

• FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

• HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

• HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

• HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

• IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

• LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.

• MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

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

En cas d'hospitalisation programmée :

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

ANNEXE

ENVELOPPE DE SERVICES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE VISÉE À L'ARTICLE 5.1

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ADULTE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide-ménagère	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANT	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

* Déplacement par train 1^{ère} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

** Dans un rayon de 50 km.

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous sera transmise.

Document d'information sur le produit d'assurance

NEOLIANE SANTE & PREVOYANCE intermédiaire en assurances 510 204 274 RCS Nice, immatriculé à l'ORIAS numéro 09 050 488 (www.orias.fr) L'EQUITE, entreprise régie par le code des assurances – 572 084 697 RCS Paris, société appartenant au groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : **NEOLIANE PROTECT HOSPI**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NEOLIANE PROTECT HOSPI sont fournies au client dans d'autres documents.

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

Le produit « Néoliane Protect Hospi » est un contrat de prévoyance individuelle qui prévoit le versement de prestations forfaitaires en cas d'hospitalisation consécutive à un accident ou à une maladie. Il couvre l'adhérent principal, son éventuel conjoint et leur(s) enfant(s).



Qu'est ce qui est assuré ?

- ✓ Le versement d'une allocation Journalière forfaitaire (comprise entre 20€ et 150€) en cas d'hospitalisation de l'assuré consécutive à une maladie. Cette allocation est versée pendant une durée maximum de un an (365 jours).
- ✓ Le doublement de l'allocation Journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation consécutive à un accident. Cette allocation est versée pendant une durée maximum de 3 ans (1095 jours).
- ✓ Le versement d'un capital forfaitaire en cas de décès accidentel.
- ✓ Des garanties d'assistance : Aide-ménagère, garde d'enfants, soutien scolaire en ligne, etc.

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les hospitalisations à domicile ;
- ✗ Les hospitalisations dans des établissements psychiatriques ;
- ✗ Les hospitalisations en maison de santé ou de rééducation ;
- ✗ Les traitements à but de rajeunissement.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Ne sont pas garanties les accidents, maladies ou blessures :

- ! Survenus en dehors de la période de garantie ainsi que leurs suites et conséquences ;
- ! Causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
- ! Provoqués par la guerre étrangère ;
- ! Résultant de la manipulation volontaire, par l'Assuré d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
- ! Résultant de la pratique de l'Assuré d'un sport en qualité de professionnel ou d'amateur rémunéré ;

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Les enfants assurés ne bénéficient ni du doublement des prestations en cas d'hospitalisation suite à un accident ni du capital décès accidentel ;
- ! La durée des hospitalisations garanties doit être supérieure ou égale à 24 heures en cas d'accident, ou à 48 heures en cas de maladie ;
- ! Délai d'attente de dix mois, en cas d'hospitalisation due à une grossesse ;
- ! La prise en charge des hospitalisations situées hors France métropolitaine et limitée à 90 jours.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

- ✍ En France métropolitaine ;
- ✍ Dans le monde entier dans le cadre de séjours de moins de trois mois.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Etre adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Régler la cotisation indiquée sur le certificat d'adhésion.
- Être âgé à l'adhésion d'au moins 18 ans et jusqu'à 70 ans inclus.

En cas de sinistre :

- Informer l'assureur ou son délégataire de tout événement entraînant une hospitalisation ;
- Faire parvenir à l'assureur le formulaire de déclaration de sinistre, une copie du Certificat d'Adhésion, le compte rendu et le bulletin d'hospitalisation. - Fournir tout autre document justificatif demandé par l'assureur afin de se prononcer sur la garantie, ou procéder au règlement



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel, Trimestriel, Semestriel ou Annuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque (règlement annuel uniquement) ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. En cas de vente à distance ou de démarchage, l'assuré 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.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction. La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause, quelle que soit la partie qui en est à l'origine et, au plus tard, le 31 décembre qui suit le 80e anniversaire de l'assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation doit être demandée soit par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique soit par déclaration faite contre récépissé auprès de l'assureur ou de son délégataire mentionné au contrat, dans les cas et conditions prévus au contrat.

Néoliane
PROTECTH+SPI

Indemnités journalières en cas d'hospitalisation

EOC095ANI – Septembre 2020

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Distribué par **NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE**
455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5^e – 06200 Nice
SAS au capital de 2 000 000 € RCS Nice 510 204 274
Immatriculation ORIAS : 09 050 488 (www.orias.fr). Autorité de
contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS
92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Assuré par **L'ÉQUITÉ**, Société anonyme au capital de
22 469 320 euros, entreprise régie par le Code des assurances,
B 522 084 697 RCS Paris – Siège social : 2 rue Pillet-Will
75009 Paris – Société appartenant au groupe
Generali immatriculé au registre italien des sociétés
d'assurance sous le numéro 026

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