

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane

Énergie +

Complémentaire Santé

NOTICE D'INFORMATION

valant Dispositions Générales
+ Conditions Générales
d'Assistance IMA Assurances



LES POINTS FORTS D'ÉNERGIE +



UNE PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS HOSPITALIERS ADAPTÉE

- Jusqu'à 250%* des honoraires déclarés à la sécurité sociale dans le cadre de l'OPTAM – OPTAM-CO** (200% hors OPTAM)
- Forfait journalier pour la chambre particulière (de 40 € à 60 €)



UNE COUVERTURE COMPLÈTE POUR LES SOINS DE SANTÉ COURANTS

- Prise en charge des médicaments à service médical rendu faible (ex. vignettes oranges)
- Prise en charge jusqu'à 175% des consultations de médecins spécialistes adhérent à l'OPTAM et l'OPTAM-CO**



UN PRODUIT MODULABLE GRÂCE AUX RENFORTS

- Renforts « Confort » et « Mieux-être » permettant de compléter l'offre standard
- Renforts cumulables, avec un tarif unique peu importe l'âge de l'adhérent



PAS DE FORMALITÉS D'ADHÉSION

- Pas de délai d'attente ni de formalités médicales
- Pas de segmentation ANI / HANI, et donc aucun document complémentaire demandé pour une adhésion HANI

* En pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique



Souscription possible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion

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

HOSPITALISATION (1) (2)

	ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Forfait journalier hospitalier (3)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires				
Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	130 %	170 %	250 %
Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	150 %	200 %
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris en médecine de ville)	OUI	OUI	OUI	OUI
Chambre particulière (4)	-	40 € / jour	50 € /jour	60 € /jour
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) (5)	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE (6)

À partir du 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Soins et prothèses 100% Santé - Panier 100% Santé**

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

Soins				
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	100 %	100 %	100 %	100 %
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire (7)	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres				
Prothèses dentaires et Inlay-Core remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	130 %	170 %	200 %
Supplément sur dents visibles (incisives et canines, premières prémolaires) pour les prothèses remboursées	-	25 €	25 €	50 €
Plafond dentaire (hors soins dentaires et orthodontie) - par an et par bénéficiaire	-	300 €	400 €	500 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	-	500 €	600 €	700 €

100% SANTÉ OPTIQUE (8)

À partir du 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé - (Classe A - Panier 100% Santé)**

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

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

Équipement avec 2 verres simples	52 €	52 €	100 €	100 €
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	126 €	126 €	126 €	126 €
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre très complexe	126 €	126 €	146 €	146 €
Équipement avec 2 verres complexes	200 €	200 €	200 €	200 €
Équipement avec 2 verres très complexes	200 €	200 €	240 €	240 €
Équipement avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe	200 €	200 €	220 €	220 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	40 €	40 €	40 €	40 €
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 %	100 %	100 %	100 %

SOINS COURANTS

Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires médicaux				
<u>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</u>				
Pour les praticiens généralistes adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	125 %
Pour les praticiens généralistes non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	105 %
Pour les praticiens spécialistes adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	175 %
Pour les praticiens spécialistes non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	155 %
<u>Actes d'imagerie et d'échographie :</u>				
Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	125 %
Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %
<u>Actes techniques médicaux</u>				
Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	125 %
Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %

SOINS COURANTS	ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 %	100 %	100 %	150 %
 AIDES AUDITIVES ou «ÉQUIPEMENT» par oreille ⁽⁹⁾				
À partir du 1 ^{er} janvier 2021 - Réforme 100% Santé		Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**		
Équipements 100% Santé - (Classe I - Panier 100% Santé)**				
Aides auditives de la Classe II par oreille et par bénéficiaire	100 %	100 %	100 %	150 %
Piles et entretien - par bénéficiaire	100 %	100 %	100 %	150 %

SERVICES

Tiers payant national Viamedis - Remboursement automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Services d'assistance IMA (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux...)	Bénéficiez de l'assistance dès la date d'effet de votre contrat santé

RENFORT CONFORT (OPTIONNEL)

Hospitalisation - Lit accompagnant ⁽¹⁰⁾	15 € / jour
Médecines naturelles Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Tabacologue, Psychologue, Psychomotricien, Homéopathe, Diététicien, Aptitude à la pratique d'un sport, Etiopathe, Mésothérapeute et Pédicure/ Podologue	25 € / séance, limité à 3 séances / an
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale ⁽¹¹⁾	Forfait 60 € / an
Chirurgie réfractive ou implants multifocaux	Forfait 200 € / an
Dentaire non remboursé par la Sécurité Sociale	Forfait supplémentaire 100 € / an
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	Forfait supplémentaire 200 € / semestre
Prévention (vaccins, sevrage tabagique)	Forfait 30 € / an

RENFORT MIEUX-ÊTRE (OPTIONNEL)

Forfait prothèses auditives ⁽⁹⁾	300 € / an
Forfait handicap (Fauteuil roulant, autres prothèses)	300 € / an
Forfait cure thermique	200 € / an
Forfait optique	50 €

Les prestations sont exprimées remboursement de la Sécurité sociale inclus, par bénéficiaire, lorsque Quatrem intervient.

Les informations présentes dans les renvois sont extraites des Conditions générales, elles ne sauraient s'y substituer.

(1) En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie - Hors Chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'Article L174-6 du Code de la Sécurité sociale et à l'Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 60 jours par an pour les séjours en psychiatrie.

(5) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales. La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue.

La périodicité de deux ans ou d'un an est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature Sécurité sociale.

(9) Limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans

(10) Hors établissements non conventionnés.

(11) Les lentilles prescrites « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

*OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique. En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

**Tels que définis réglementairement. Les paniers 100% Santé entreront en vigueur au 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et au 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% Santé sur la page suivante. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.

Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.

Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.



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

1er janvier 2020

1er janvier 2021



Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier optique ⁽¹⁾



Zéro reste à charge sur une partie du panier dentaire ⁽²⁾
(prothèses fixes uniquement)



Une baisse du reste à charge moyen de 250 € par aide auditive



Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier dentaire ⁽²⁾



Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier aides auditives ⁽³⁾

ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes

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

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes

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

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE + MONTURE À TARIFS LIBRES
ou

MONTURE SANS RESTE À CHARGE + VERRES À TARIFS LIBRES

2 DENTAIRE - Panier 100% Santé Zéro reste à charge

Couronnes :

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

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

- Céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives et canines)
- Full Zircon et métalliques (pour toutes les dents)

Prothèses amovibles à base de résine (à partir du 01/01/2021)

3 AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité

Tous les types d'appareils sont concernés :

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

Les caractéristiques :

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

Au moins 3 des options techniques suivantes :

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

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2020.

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



HOSPITALISATION

		ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	355 €	355 €	355 €	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	24 €	105,51 €	107,30 €	107,30 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €	1,79 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431 €	431 €	431 €	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	24 €	24 €	159,85 €	183,30 €
	RESTE À CHARGE	159,30 €	159,30 €	23,45 €	0 €

DENTAIRE

		ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Détartrage	DÉPENSE	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	36 €	72 €	120 €	156 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	382,70 €	334,70 €	298,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	32,25 €	64,50 €	107,50 €	139,75 €
	RESTE À CHARGE	431,20 €	398,95 €	355,95 €	323,70 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	416 €	416 €	416 €	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

		ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	52 €	52 €	100 €	100 €
	RESTE À CHARGE	292,91 €	292,91 €	244,91 €	244,91 €

AIDES AUDITIVES

		ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Aides auditives de classe I par oreille (À compter du 01/01/2021)	DÉPENSE	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	890 €	890 €	890 €	890 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €
Aides auditives de classe II par oreille (À partir du 01/01/2020)*	DÉPENSE	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	140 €	140 €	140 €	315 €
	RESTE À CHARGE	1 126 €	1 126 €	1 126 €	951 €

SOINS COURANTS

		ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE**	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €	30 €	30 €	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE**	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €	44 €	44 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	9 €	9 €	9 €	23 €
	RESTE À CHARGE**	15 €	15 €	15 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €	56 €	56 €	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	6,90 €	6,90 €	6,90 €	19,55 €
	RESTE À CHARGE**	34 €	34 €	34 €	21,35 €

* Conformément à la réforme du 100 % Santé, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires passera dès le 01/01/2020 de 107,50 € à 120 € et celle des aides auditives de 300 € à 350 €. Dès le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives passera à 400 €.

** Le reste à charge inclut la participation forfaitaire à payer par l'assuré de 1€ déduit des remboursements du Régime Obligatoire.



LE SAVEZ-VOUS ?

Avec Néoliane Énergie +, vous bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat santé !



COMMENT CONTACTER L'ASSISTANCE ?

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



DANS QUELLES SITUATIONS JOINDRE L'ASSISTANCE ?

Votre contrat Néoliane Énergie + vous offre l'essentiel des garanties d'assistance, qui vous sont détaillées dans le tableau ci-après.

Que ce soit en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation, d'hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de perte d'autonomie, ou de décès, votre assistance met en place des prestations adaptées pour vous aider dans ces moments difficiles.

Découvrez ci-dessous comment nous pouvons vous accompagner suivant votre situation, ou n'hésitez pas à nous joindre directement au 05 49 76 66 30 (+33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger) pour échanger avec un interlocuteur dédié.

DÈS L'ADHÉSION

Conseil social : entretien(s) téléphonique avec un travailleur social	Jusqu'à 5 entretiens sur 12 mois
Informations juridiques : famille, santé, travail, retraite, fiscalité, justice...	•
Informations médicales : hospitalisation, vaccins, médicaments, sommeil, stress...	•
Recherche médecin, infirmière, paramédical	•
Mise en relation avec un prestataire de services à domicile	•

EN CAS D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS

Soutien psychologique : entretien(s) avec un psychologue clinicien	Jusqu'à 5 par téléphone et/ou 3 en face à face
--	--

EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVUE ENTRAÎNANT UNE IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE

Livraison de médicaments	Jusqu'à 2 par an
--------------------------	------------------

EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVUE ENTRAÎNANT UNE HOSPITALISATION IMPRÉVUE (plus de 3 jours)

Aide à domicile	Jusqu'à 8H sur 10 J
Présence d'un proche au chevet	Billet A/R + 2 nuits (50€ / nuit)
Prise en charge des animaux	Prise en charge sur 15 J

EN CAS DE CHIMIO/RADIOTHÉRAPIE

Aide à domicile	10H sur la durée du protocole de soins
-----------------	--

EN CAS DE DÉCÈS

Avance de fonds	Jusqu'à 2000 €
Aide à la recherche d'un prestataire funéraire	•
Accompagnement suite décès : aide psychologique, démarches administratives...	1 intervention de 4H maximum sur un an

TITRE I

Formation - Dénomination - Durée - Objet Composition - Siège Social

Article 1. Constitution

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

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

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2. Objet

L'Association GPST a pour objet :

- d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles,
- de souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès de tout organisme assureur,
- de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but en tant que 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 la 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 la faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au dernier alinéa. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurait pas à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil d'Administration.

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

Article 13. Procès-verbal

Il est tenu une feuille de présence à l'Assemblée.

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

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d'au moins 10 % des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10 % des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants. Chaque membre dispose d'une voix.

L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs. Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

Article 16. Règlement Intérieur

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

TITRE IV Ressources – Dépenses – Comptes

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

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

Article 18. Dépenses

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

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

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

Article 19. Comptes annuels

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte d'exploitation générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

Article 20. Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

TITRE V Dissolution – Divers

Article 21. Dissolution de l'Association

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale, délibérant ainsi qu'il est dit ci-dessus, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 00NICEN1212_05/2020 / 0029782 00000 000

SOMMAIRE

Lexique

Titre I Dispositions générales

- 1.1 Objet du contrat
- 1.2 Références légales
- 1.3 Contrat solidaire et responsable
- 1.4 Ajustement du contrat
- 1.5 Conditions et formalités d'adhésions au contrat
- 1.6 Modification de l'adhésion
- 1.7 Effet, durée et renouvellement de l'adhésion et des garanties
- 1.8 Renonciation
- 1.9 Bénéficiaires des garanties
- 1.10 Obligations des parties
- 1.11 Dispositions diverses

Titre II Cotisations

- 2.1 Assiette et montant de la cotisation
- 2.2 Indexation
- 2.3 Modalités de paiement
- 2.4 Défaut de paiement

Titre III Garanties frais médicaux et chirurgicaux

- 3.1 Objet de la garantie
- 3.2 Prestations
- 3.3 Règlement des prestations

d'apprentissage ;

- o Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré ;
- o Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 26ème anniversaire s'ils poursuivaient des études.

B - Et d'autre part :

- Qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire de PACS, de son concubin ou d'une affiliation personnelle ;

ET

- Qu'ils soient fiscalement à charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Bénéficiaires :

Outre l'assuré, sont couverts, sous réserve qu'elles soient mentionnées au certificat d'adhésion, que les cotisations correspondantes soient payées, les personnes ci-après, ayants droit au sens du contrat, sous réserve qu'elles répondent aux définitions mentionnées ci-dessus :

- Son conjoint ou son partenaire de PACS ou son concubin,
- Ses enfants à charge.

Accident :

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

Maladie :

Désigne toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité :

Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.

Régime Obligatoire – RO

Le régime général ou local (Alsace Moselle) dont dépend l'assuré et/ou son conjoint ou son partenaire de PACS ou son concubin et/ou ses enfants à charge.

Plafond Annuel de la Sécurité sociale :

Salaires de référence fixés annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par l'assuré. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle. Son évolution est consultable à l'adresse suivante : www.securite-sociale.fr

Prestations en nature :

Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques, etc) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par l'assuré.

Parcours de soins :

Passage par le médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.

Participation forfaitaire (Article L322-2 du Code de la Sécurité sociale) :

Montant forfaitaire non remboursé par le régime obligatoire. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur.

Franchise (Article L322-2 du Code de la Sécurité sociale) :

La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire sur les frais pharmaceutiques, les actes des auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La franchise n'est pas remboursée par l'assureur **Secteur conventionné :**

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le régime obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement du régime obligatoire.

Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements du régime obligatoire. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'assuré.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée :

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Contrat d'Accès aux Soins (C.A.S.), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Secteur non conventionné :

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le régime obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le régime obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

LEXIQUE

Dans le présent contrat les termes suivants sont utilisés :

Sauf disposition spécifique prévue à la garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'événement considéré :

L'assureur :

QUATREM - SA au capital de 380 426 249 euros - régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Humanis.

Le souscripteur :

L'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) qui a conclu le contrat d'assurance avec l'assureur. Cette association est une association de la loi de 1901 dont le siège est situé 38-40, avenue des Champs-Elysées - 75008 Paris.

L'adhérent :

La personne physique, résidant en La France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou de la Réunion, membre de l'association GPST, répondant aux conditions d'adhésion objet de l'article 1.6.1 (Conditions d'adhésion au contrat), adhérent au contrat.

L'assuré :

L'adhérent admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré.

Le conjoint :

L'époux ou l'épouse de l'assuré non séparé de corps judiciairement.

Le partenaire :

La personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS : contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 du Code civil).

Le concubin :

La personne vivant en concubinage avec l'assuré sous réserve que l'assuré et son concubin :

- Soient libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés ;
- N'aient pas conclu de PACS.

Le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes physiques majeures qui vivent en couple.

Les enfants à charge :

Sont considérés comme enfants à charge : ceux de l'assuré, de son conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son concubin tels que définis précédemment, sous réserve :

A - D'une part :

- Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans ;
- Qu'ils soient âgés de moins de 26 ans sous réserve d'une des conditions suivantes :

o Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 55 % du SMIC;

o Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

Service Médical Rendu (S.M.R.)

Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le régime obligatoire.

Base de remboursement du régime obligatoire

Le montant défini par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux.

Ticket Modérateur

Participation de l'assuré aux tarifs définis par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite ou supprimée dans certains cas mentionnés à l'article R 322-8 du Code de la Sécurité sociale.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement du régime obligatoire. Il est constitué des éléments ci-dessous :

- du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'assureur ;
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

Calcul de l'âge

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et selon le cas, celle de l'adhésion, de la modification de l'adhésion ou de l'année à laquelle se rapportent les cotisations.

Titre I – Dispositions générales

PRÉAMBULE

Le contrat 0029782 00000 000 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative et individuelle, régi par le Code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants et relève des branches 1 (accidents) et 2 (maladie) de l'article R321-1 du Code des assurances. Le présent contrat est régi par le droit français. Il est souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous), association régie par la loi du 1er juillet 1901 :

38-40 avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris

Les garanties de L'OFFRE NEOLIANE ÉNERGIE + sont assurées par QUATREM.

Le gestionnaire du contrat est Owlance Gestion :

Centre de gestion Néoliane
BP 90051
31602 MURET Cedex

Le présent contrat 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)

Les présentes dispositions définissent les engagements réciproques du souscripteur et de l'assureur et notamment les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités à accomplir pour le paiement des prestations.

1.1 OBJET DU CONTRAT

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

Le contrat conclu entre le souscripteur, l'association GPST et l'assureur prend effet le 1er janvier 2018. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, (souscripteur ou assureur) notifiée par lettre recommandée adressée DEUX MOIS au moins avant chaque date de renouvellement.

Il prend fin en cas de résiliation conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 1.5 (Ajustement du contrat).

1.2 RÉFÉRENCES LÉGALES

1.2.1 OBLIGATIONS DE DÉCLARATION

Les déclarations de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances qui prévoient :

- Article L113-8 « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

- Article L113-9 « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement

déclarés. »

1.2.2 PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX ANS (2) à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances qui prévoient :

- Article L114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du Code civil)] 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 cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

1.3 CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le présent contrat d'assurance est qualifié de contrat solidaire et responsable.

Par "solidaire" : on entend un contrat dont l'adhésion des assurés n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par "responsable" : on entend un contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

1.4 AJUSTEMENT DU CONTRAT

Si une décision législative, réglementaire, une modification de l'intervention du régime obligatoire, une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs garanties ou une aggravation du risque viennent à entraîner une modification des engagements de l'assureur, celui-ci se réserve la possibilité de :

- Modifier le contrat ;
- Réviser le tarif ;
- Résilier le contrat en dehors de l'échéance annuelle, dans les conditions prévues par l'article L 113-4 du Code des assurances.

Jusqu'à la date de prise d'effet de cette modification ou de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.5 CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

1.5.1 CONDITIONS D'ADHÉSION AU CONTRAT

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

- être adhérentes à l'Association GPST, relever du Régime Obligatoire français, être à jour du paiement de leurs cotisations au titre du Régime Obligatoire auquel elles sont affiliées,
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion entre 18 ans et 75 ans inclus,
- être résident en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou de la Réunion.

Remarque : Si ces personnes ont le statut de salarié, le présent contrat interviendra en complément du contrat complémentaire auquel elles adhèrent souscrit le cas échéant par leur employeur.

1.5.2 FORMALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhérent remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise notamment la formule de garantie ainsi que, le cas échéant le renfort qu'il souhaite parmi ceux prévus au contrat.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion qui confère à l'adhérent la qualité d'assuré.

Sauf stipulations contraires précisées au certificat d'adhésion, les garanties ne sont acquises que pour les assurés exerçant leur activité professionnelle en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou de la Réunion.

Le certificat d'adhésion mentionne les caractéristiques propres à l'adhésion, notamment, l'identité de l'assuré et des bénéficiaires définis à l'article 1.9 (Bénéficiaires des garanties), la date d'effet de l'adhésion, la formule de garantie et le cas échéant le renfort souscrit, le montant des garanties souscrites, les cotisations ainsi que les dérogations éventuelles aux conditions du contrat, étant précisé que les garanties non mentionnées au certificat d'adhésion ne s'appliquent pas.

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engagent l'assureur.

1.6 MODIFICATIONS D'ADHÉSION AU CONTRAT

1.6.1 Modification à la demande de l'adhérent

L'adhérent a la possibilité de changer de formule de garanties au 1er janvier sous réserve d'en avoir fait la demande avant le 31 octobre de l'année précédente. Toutefois :

- cette possibilité n'est plus ouverte pour les changements vers une formule d'un niveau supérieur lorsque l'un des Assurés a atteint l'âge de 75 ans,
- le changement de formule ne peut prendre effet qu'au terme d'un délai de 12 mois suivant l'adhésion au contrat. Il oblige l'Adhérent à conserver la nouvelle formule choisie pendant une période de 2 années consécutives.

Suite à sa demande de modification, l'adhérent recevra une lettre ayant valeur d'avenant, par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. Sans retour de sa part dans le mois qui suit la réception de ce courrier, la modification des garanties prendra effet à la date d'effet de l'avenant.

Les changements de garanties entraîneront un recalcul des plafonds annuels (proratisation).

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de cotisation à compenser.

1.6.2 Ajout ou sortie des ayants droit

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

Hors échéance principale : Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet : Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption, Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes. Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de l'adhésion prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
 - À la date de jugement d'un enfant adopté,
 - À la date de l'union avec son conjoint,
 - À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).
- Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives. Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification de l'adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

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

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

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

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

1.6.3 Adaptation de l'adhésion par suite de modification du régime de base de la Sécurité sociale

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

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'assureur se réserve la faculté de procéder à une révision de l'adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

1.7 EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

1.7.1 Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion sous réserve :

- De l'acceptation du dossier,
- Du versement de la première cotisation.

L'adhésion est souscrite pour une période initiale de 12 mois.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'assuré, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au moins DEUX mois avant cette date à l'adresse suivante :

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

Sous réserve du paiement des cotisations, et, sauf réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'assuré, celui-ci ne peut être radié de l'assurance contre son gré tant qu'il répond aux conditions d'adhésion mentionnées à l'article 1.5.1 (Conditions d'adhésion au contrat).

1.7.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend fin pour l'assuré :

- En cas de non-paiement de la cotisation,
- A la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 1.5.1 (Conditions d'adhésion au contrat),
- En cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 1.7.1 (Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion),
- A la date résiliation du contrat

L'adhésion au contrat prend fin pour les bénéficiaires :

- A la même date que la cessation des garanties pour l'assuré visée à l'article 1.7.2 (Cessation de l'adhésion),
- A la date à laquelle ils perdent le statut de bénéficiaire tel que défini à l'article 1.9 (Bénéficiaires des garanties).

1.8 RENONCIATION

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.

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

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.

1.9 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Outre l'assuré, sont couverts, sous réserve qu'elles soient mentionnées au certificat d'adhésion, que les cotisations correspondantes soient payées, les personnes ci-après, ayants droit au sens du contrat, sous réserve qu'elles répondent aux définitions mentionnées au lexique :

- Son conjoint ou son partenaire de PACS ou son concubin,
- Ses enfants à charge.

1.10 OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

L'assuré s'oblige à l'adhésion :

- à transmettre la demande d'adhésion complétée et signée,
- à régler les cotisations à l'assureur,
- pour chaque bénéficiaire la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale,
- toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à l'adhésion.

L'assuré s'oblige en cours d'adhésion :

- à communiquer à l'assureur toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexactes ou caduques les déclarations faites à l'assureur lors de l'adhésion, notamment le changement de statut professionnel,
- à transmettre à l'assureur, le cas échéant, sa demande de modification de l'adhésion au contrat dans les conditions fixées à l'article 1.7 (Modification de l'adhésion).

1.11 DISPOSITIONS DIVERSES

Toutes les communications incombant à l'assureur seront valablement faites au dernier domicile connu en France indiqué par le souscripteur et / ou les assurés et / ou les bénéficiaires.

1.11.1 Droit d'accès et rectifications

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par l'assureur en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffmederic-humanis.com ou par courrier : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'assureur ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis auquel l'assureur appartient ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité «

Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;

- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

L'assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du Bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services du groupe Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service médical de l'assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'assureur et des prescriptions légales applicables.

L'assureur et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de réidentification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à dpo@malakoffmederic-humanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour information, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

1.11.2 Organisme de contrôle de l'assureur

L'autorité chargée du contrôle de QUATREM est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - 75009 Paris.

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

1.11.3 Réclamations - Médiation - Juridiction compétente

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller habituel. Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à l'adresse suivante :

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 :

www.neoliane-sante.fr/service-client
Service Qualité - Néoliane Santé et Prévoyance
455 Promenade des Anglais - Nice Plaza 06200 Nice

Comme précisé par la recommandation sur le traitement des réclamations 2016-R-02 du 14 novembre 2016 modifiée, les délais de traitement 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 au client dans ce délai,
- deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée au client, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

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 :

QUATREM
Pôle réclamations TSA 20002 - 78075 Saint Quentin en Yvelines cedex Ou par
courrier électronique :
reclamations.quatrem@malakoffmederic.com

Après épuisement des procédures de traitement des réclamations de l'assureur et si aucune solution n'a pu être trouvée avec ce dernier le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent, s'adresser à la Médiation de l'assurance pour les litiges qui relèvent de sa compétence, à l'adresse suivante :

www.mediation-assurance.org
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09

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.

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal compétent.

1.11.4 Subrogation

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables à concurrence de toutes prestations à caractère indemnitaire versée en application du contrat.

Titre II - Cotisations

2.1 ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est exprimée en euros, en fonction notamment de la formule de garantie souscrite, du renfort souscrit, de l'âge des bénéficiaires, du département de leur résidence principale et des dispositions réglementaires en vigueur.

La cotisation est déterminée selon ces critères à la date d'effet de l'adhésion au contrat, chaque Adulte et pour chaque Enfant bénéficiant du contrat, et est indiquée sur le certificat d'adhésion.

En cas de modification :

- du département de résidence principale de l'assuré et/ou d'un des bénéficiaires, la cotisation est adaptée au 1er jour du mois qui suit la date à laquelle l'assureur en a connaissance ;
- de la formule de garantie et du renfort souscrits dans les conditions mentionnées à l'article 1.6 (Modification de l'adhésion), un avenant à l'adhésion indiquera la nouvelle cotisation, calculée selon les critères décrits au 1er alinéa du présent paragraphe.

En tout état de cause, la cotisation évolue au cours de l'adhésion, en fonction de l'âge de l'assuré et de la tranche d'âge applicable au 1er janvier de l'année considérée.

2.2 INDEXATION

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion. En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du régime obligatoire d'assurance maladie, ajout ou sortie de bénéficiaire, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené en cours d'année à procéder à une réactualisation des tarifs. L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai.

L'adhérent pourra être informé par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé.

L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

2.3 MODALITÉS DE PAIEMENT

La cotisation annuelle mentionnée au certificat d'adhésion est payable à terme

d'avance par l'assuré.

Elle est exigible dans les 10 jours de son échéance selon la périodicité de paiement choisie par l'assuré : mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle.

Le payeur de cotisation est seul responsable de son paiement à l'égard de l'assureur.

Toute taxe présente ou future, établie sur le contrat d'assurance sera mise à la charge du débiteur de la cotisation sous réserve que la récupération soit autorisée.

2.4 DÉFAUT DE PAIEMENT

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations aux échéances fixées.

En cas de non-paiement d'une cotisation mentionnée au certificat d'adhésion, au terme du délai de 10 jours suivant son échéance, l'assureur mandataire du souscripteur à cet effet, adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Conformément à l'article L141-3 du Code des assurances, le non-paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne de plein droit l'exclusion de l'adhérent au contrat dont l'adhésion se trouve alors résiliée.

D'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur, il a été convenu que le souscripteur donnait expressément mandat à l'assureur d'accomplir les formalités légales prévues en cas de non-paiement d'une cotisation.

Titre III - Garanties Frais Médicaux et Chirurgicaux

3.1 OBJET DE LA GARANTIE

Les garanties ont pour objet le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident et ayant donné lieu au versement de prestations en nature par le régime obligatoire.

Les actes pris en considération sont ceux référencés par le régime obligatoire aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement.

Sauf mention au certificat d'adhésion, l'assureur ne prend pas en charge les actes non remboursés par le régime obligatoire, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme.

Si leur prise en charge est expressément prévue au certificat d'adhésion, les actes doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIREN.

3.2 PRESTATIONS

Le montant des remboursements, déterminé acte par acte, est mentionné au certificat d'adhésion et s'applique dans les conditions ci-après, étant précisé que les garanties prises en compte par l'assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins retenue par le régime obligatoire.

3.2.1 Cure thermique

Si la garantie cure thermique est souscrite, sous réserve que la cure thermique soit prise en charge par le régime obligatoire et dans la limite de 18 jours de cure par an et par bénéficiaire, elle a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (dépenses extra légales au sens du régime obligatoire), dans les conditions mentionnées au certificat d'adhésion.

Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au contrat pour chaque acte.

3.2.2 Prestation de prévention

Si la garantie est souscrite, elle a pour objet de prendre en charge des actes de préventions complémentaires à ceux prévus dans le cadre du contrat responsable. Le montant du remboursement de ces actes est mentionné au certificat d'adhésion.

3.2.3 Actes effectués à l'étranger

Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pas pris en charge par l'assureur sauf lorsqu'ils ont dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence au cours d'une villégiature quel que soit le pays, sous réserve que le régime obligatoire soit intervenu et selon la codification qu'il a appliqué.

3.2.4 Assurances cumulatives

Si les risques couverts par le présent contrat sont ou viennent à faire l'objet d'autres assurances, l'assuré ou ses bénéficiaires doivent en faire la déclaration à l'assureur lors de l'adhésion et pendant toute la durée de celle-ci.

Les garanties de même nature produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'assuré ou ses bénéficiaires peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

La contribution de chaque organisme est déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121-4 du Code des assurances.

Le cumul des remboursements de l'assureur, du régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires tels que définis au contrat.

3.2.5 Ne sont pas pris en charge par l'assureur :

- les actes référencés ou non par le régime obligatoire et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire au certificat d'adhésion ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé ;
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'adhésion de l'assuré et de ses bénéficiaires ;

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation de l'adhésion ou à la date de cessation des garanties de l'assuré et de ses bénéficiaires ;
- en cas d'hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes tels que notamment : téléphone, forfait internet, télévision, boissons ;
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur prévues par le code de la Sécurité sociale.

3.3 REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursement doivent être adressées à l'assureur, au plus tard, dans les TROIS (3) mois après la date des soins ou la réception de la facture d'hospitalisation par l'assuré ou ses bénéficiaires.

Le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des décomptes du régime obligatoire sauf lorsqu'ils sont transmis informatiquement à l'assureur par cet organisme.

L'assuré ou ses bénéficiaires doivent également joindre un justificatif de frais réels (original de la facture et/ou de la prescription médicale) si :

- les frais ne sont pas indiqués sur le décompte délivré par le régime obligatoire,
- le régime obligatoire n'intervient pas,
- ils sont consécutifs à une hospitalisation, une cure thermale,
- ils concernent les prothèses dentaires, auditives, l'appareillage, l'optique.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute autre justification qui lui paraîtrait nécessaire ou de missionner, le cas échéant, un de ses médecins experts afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

Si à l'occasion d'une demande de remboursement, l'assuré ou ses bénéficiaires fournissent intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ces derniers s'exposent à des poursuites pénales, à la nullité de leur adhésion ainsi qu'à la perte de tous droits à remboursement et seront tenus au remboursement des sommes indûment perçues.

En tout état de cause et conformément aux dispositions légales rappelées à l'article 1.2 (Références légales) du contrat, les demandes de remboursements sont prescrites au terme d'un délai de DEUX ans à compter de la date des soins.

3.3.1 Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale de plus de 24 heures consécutives, si la garantie est souscrite, l'assureur peut délivrer une prise en charge hospitalière au profit de l'assuré ou de l'un de ses bénéficiaires.

Ainsi, l'assureur se substitue à l'assuré ou à l'un de ses bénéficiaires, après intervention du régime obligatoire pour le règlement des frais restant à sa charge auprès de l'établissement concerné, dans les conditions prévues au certificat d'adhésion et à l'exclusion de tous les frais annexes, conformément à l'article 3.2.5 (Ne sont pas pris en charge par l'assureur) et de toute avance de prestations en nature à la charge du régime obligatoire.

3.3.2 Tiers payant

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de tiers payant ou sur simple demande à :

- par mail à neoliane@owliance.com

- par courrier à :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051
31602 MURET Cedex

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

En cas de non restitution, les bénéficiaires tels que définis au Lexique ou à défaut le souscripteur rembourseront à l'assureur les sommes indûment perçues.

L'utilisation frauduleuse ou abusive du tiers payant par les bénéficiaires tels que définis au Lexique entraîne la cessation immédiate de ce service et la restitution par ces derniers de l'ensemble des justificatifs et des sommes indûment perçues à l'assureur.

Territorialité

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

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

- Si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine ;
- Si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

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

Pièces justificatives

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

GARANTIES SANTÉ**1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES SANTÉ****1.1 Faits Générateurs**

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

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation ou une immobilisation imprévue et immédiate au domicile ;
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quatrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation ;
- de décès ;
- d'évènement traumatisant ;

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 Intervention

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

1.2.1 Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3.2 à 3.4, 6.1 à 6.3 doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent :

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

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

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

Illustration : en cas d'appel le 5ème jour après la sortie d'une hospitalisation, la garantie est alors plafonnée à 5 jours.

1.2.2 Application des garanties

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

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

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

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

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES

dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable d'IMA ASSURANCES et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.

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

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

2. GARANTIES DES LA SOUSCRIPTION**2.1 Conseil social**

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

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

2.2 Informations juridiques

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger, etc.

2.3 Informations médicales

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux, etc.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

2.4 Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, IMA ASSURANCES, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des intervenants paramédicaux.

2.5 Mise en relation avec un prestataire

A la demande de l'adhérent, IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire de services à domicile.

Les frais afférents à la prestation restent à la charge de la famille.

3. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE**3.1 Aide à domicile**

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

- une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 8 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

3.2 Présence d'un proche

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

- une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche par train 1ère classe ou avion classe économique.

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

3.3 Prise en charge des animaux domestiques

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

- une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

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

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 15 interventions réparties sur une période maximale de 15 jours.

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

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

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

3.4 Livraison de médicaments

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

- une immobilisation imprévue et immédiate au domicile de l'adhérent ou de son conjoint,

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à deux livraisons par an dans un rayon de 50 kilomètres du domicile. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

4. GARANTIES EN CAS D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT

4.1 Soutien psychologique

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge selon la situation :

- jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible 24h sur 24.

5. GARANTIES EN CAS DE RADIOTHÉRAPIE / CHIMIOTHÉRAPIE

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

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

5.1 Aide à domicile

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

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

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

6. GARANTIES LIÉES AU DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint :

- sans condition de franchise et de durée pour les garanties décrites aux autres articles.

6.1 Aide à la recherche d'un prestataire funéraire

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

6.2 Accompagnement suite au décès

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, IMA ASSURANCES met à leur disposition un intervenant compétent à domicile dans la limite de 4 heures maximum, à raison de 2h minimum par intervention, sur 12 mois à compter du décès, en complément des informations téléphoniques qu'IMA ASSURANCES peut leur avoir apporté par avance.

6.3 Avance de fonds

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, IMA ASSURANCES peut assister la famille dans l'organisation des obsèques et faire l'avance des frais y afférents, à hauteur maximum de 2000€ TTC. La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

7. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

7.1 Infraction

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

7.2 Fausse déclaration

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

7.3 Force majeure

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

7.4 Refus du 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.

7.5 Exclusions

Exclusions pour les garanties d'assistance domicile

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

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

Exclusions pour les garanties décès

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

Les décès consécutifs :

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

8. VIE DU CONTRAT

8.1 Durée des garanties

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat Néoliane Énergie + souscrit par l'adhérent auprès de NEOLIANE SANTE.

8.2 Résiliation

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

8.3 Subrogation

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

8.4 Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

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

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

8.5 Protection des données personnelles

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

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

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

8.6 Réclamation et médiation

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

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent

saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

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 Énergie + auprès de NEOLIANE SANTE

• Animaux domestiques

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense),

Chats,

NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

• Bénéficiaire des garanties d'assistance

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

• Centre de convalescence

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

• Domicile

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

• France

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

• Hospitalisation

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

• Hospitalisation imprévue

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

• Immobilisation imprévue

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

• Maladie

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

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance



Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Produit conçu par NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE, intermédiaire en assurances 510 204 274 RCS Nice, immatriculé à l'ORIAS numéro 09 050 488 (www.orias.fr) et assuré par QUATREM, entreprise régie par le code des assurances - 21 rue Laffitte - 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Humanis.

Produit : **NÉOLIANE ÉNERGIE+**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques.

Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NÉOLIANE ÉNERGIE+ sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit NÉOLIANE ÉNERGIE+ est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit NÉOLIANE ÉNERGIE+ est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.

Le produit NÉOLIANE ÉNERGIE+ est conforme au dispositif « 100% Santé » qui permet à l'assuré de bénéficier, à partir du 1er janvier 2020, d'un zéro reste à charge sur une sélection d'équipements en optique et sur une partie des prothèses en dentaire, et à partir du 1er janvier 2021 pour les aides auditives.




Qu'est ce qui est assuré ?


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


LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :


Hospitalisation :

- Secteur conventionné : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport ;
- Secteur non conventionné ;

 **Dentaire :** Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlay / Onlay, Prothèses dentaires remboursées par le RO - Régime Obligatoire, Inlay core remboursé par le RO - Régime Obligatoire, Orthodontie remboursée par le RO - Régime Obligatoire ;

 **Optique :** Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles (y compris lentilles jetables) ;

 **Soins courants :** Consultations généraliste/spécialiste, Honoraires paramédicaux, Actes techniques médicaux et imagerie médicale, Analyse et examen de laboratoire, Médicaments remboursés par le RO - Régime Obligatoire


 **Aides auditives :** Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :


Hospitalisation : Chambre particulière

Dentaire : Plafond dentaire


LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

 Réseau de soins Carte Blanche (plus de 7 700 opticiens qui garantissent le meilleur rapport qualité/prix) ;

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

 Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

 Assistance IMA en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation, d'hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de perte d'autonomie ou de décès.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ❌ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ❌ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ❌ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique ;

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;

! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;

! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

! Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Chambre particulière :** Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 60 jours pour les séjours en psychiatrie ;

! **Optique :** La fréquence de remboursement pour un équipement optique est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ;

! **Aides auditives :** À compter du 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'adhérent s'applique à la date de la signature de la demande d'adhésion entre 18 ans et 75 ans inclus.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion ;
- Etre adhérent(e) à l'Association GPST ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Être âgées à la date de la signature de la demande d'adhésion entre 18 ans et 75 ans inclus.

En cours de vie du contrat :

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

En cas de sinistre :

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

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. L'assuré dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, qui 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.

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 quel qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date ;
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

Par ailleurs, en cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.

Néoliane

Énergie +

Complémentaire Santé

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

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). Autorité de
contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS
92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Assuré par **QUATREM** - SA au capital de 380 426 249 euros –
régie par le code des assurances – 21 rue Laffitte – 75009 Paris
- 412 367 724 RCS Paris – Société du groupe Malakoff Humanis -
Quatrem - Pôle réclamations – TSA 20002 – 78075 Saint Quentin
en Yvelines Cedex

L'Assureur des garanties d'assistance est **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.