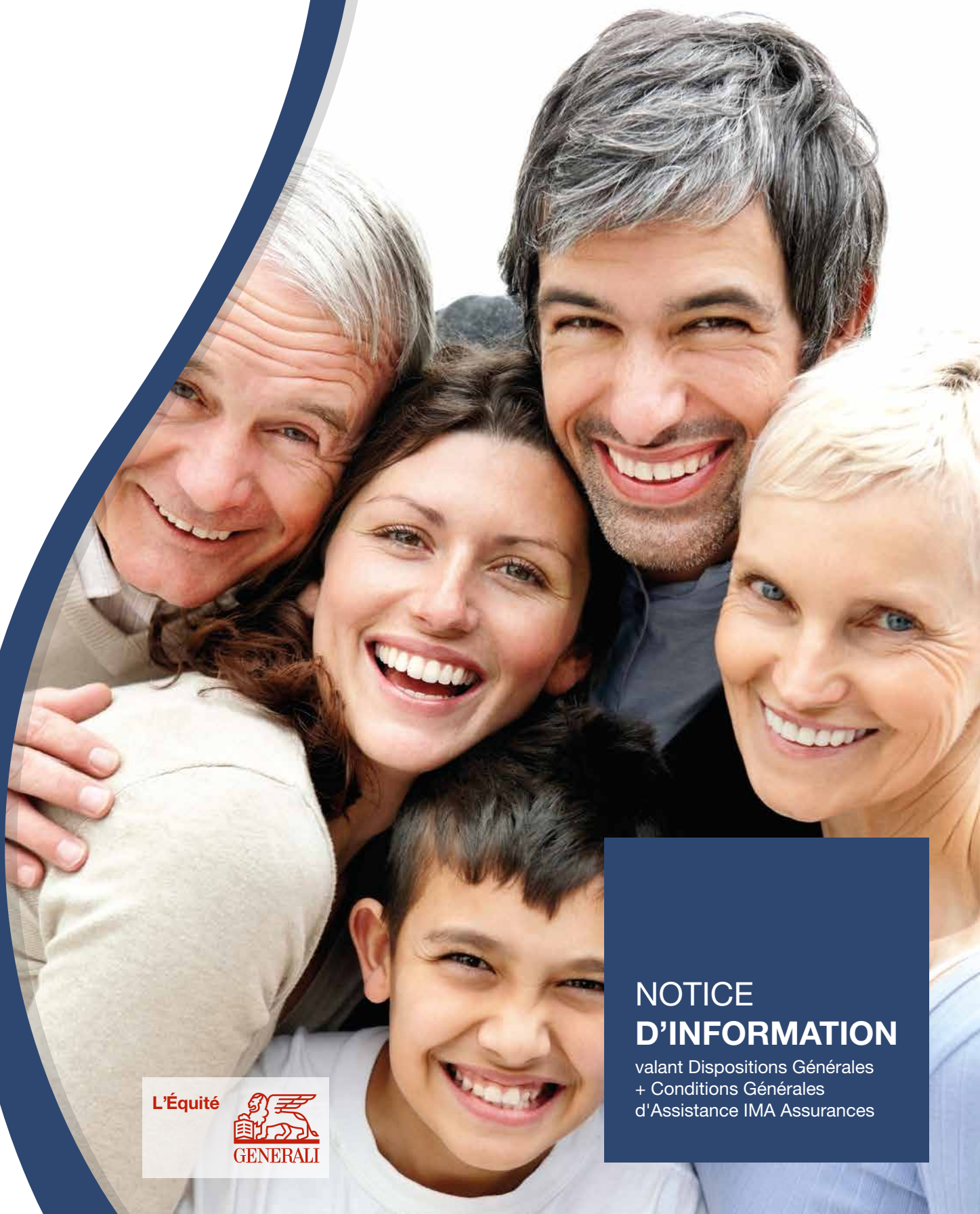


Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane

INITIAL+

La solution santé idéale



L'Équité



**NOTICE
D'INFORMATION**

valant Dispositions Générales
+ Conditions Générales
d'Assistance IMA Assurances

UN RAPPORT GARANTIE/PRIX OPTIMAL

Néoliane INITIAL+ répond à vos attentes et vos besoins en proposant des réductions pour tous les profils : couples (-7 %), familles* (-10 %), gratuité du 3^e enfant et des suivants**, travailleurs indépendants (-10 %).

LES POINTS
FORTS DU
PRODUIT

PRISE EN CHARGE DE LA MÉDECINE NATURELLE

Néoliane INITIAL+ vous rembourse jusqu'à 130€ par an sur vos prestations en médecines naturelles afin d'assurer votre bien-être.



PAS DE FORMALITÉ À L'ADHÉSION

L'adhésion à nos formules se fait sans délai d'attente et sans questionnaire médical pour que chacun bénéficie de garanties complètes et performantes.

AVANTAGES OPTIQUES

Bénéficiez du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires qui vous garantissent le meilleur rapport qualité/prix.



TIERS PAYANT NATIONAL

Avec près de 9 millions de bénéficiaires, le réseau Viamedis vous dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé, soit plus de 180 000 accords sur tout le territoire français.



*Si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale).

**Jusqu'au 5^e enfant inclus.

***Sauf pour les personnes mineures ou en cas d'évolution de la vue.

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 89 ans

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO).

LES GARANTIES

HOSPITALISATION SECTEUR CONVENTIONNÉ	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %	350 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) ^{(1) (3)}	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %	300 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière ⁽⁴⁾ (hors ambulatoire)	Néant	45 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	75 €/jour	85 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion	Néant	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	Néant	55 €/jour	65 €/jour	75 €/jour	85 €/jour	95 €/jour
Lit accompagnant ⁽⁴⁾	Néant	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion : Frais de télévision	Néant	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour
Frais de transport*	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %
HOSPITALISATION SECTEUR NON CONVENTIONNÉ	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO (SDE – ADA – ADC dentaire – ADI – ATM – AXI – INO – END – TDS)	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %	200 %
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursés par le RO (PAM – PAR – PFC – PFM – RPN – PDT – ICO – IMP) et (TO – ORT)	100 %	150 %	200 %	250 %	275 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	115 %	165 %	215 %	265 %	290 %	315 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	130 %	180 %	230 %	280 %	300 %	330 %
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁵⁾	illimité	illimité	700 €	1 000 €	1 200 €	1 400 €
OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO ⁽⁶⁾	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Monture et verres (équipement)*** :						
NOUVEAU !	Bénéficier des avantages du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires ⁽⁷⁾					
- Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	125 €	175 €	200 €	250 €	300 €
- Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
Lentilles (par an) (y compris lentilles jetables)	100 % ⁽⁸⁾	100 €	100 €	100 €	120 €	120 €
CONSULTATION ET PHARMACIE	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Pharmacie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion : Forfait pharmacie non remboursée par le RO	10 €	15 €	20 €	25 €	30 €	35 €
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	100 %	105 %	130 %	175 %	200 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (Médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM** ou l'OPTAM-CO**) (ATM – ADC hors dentaire – ADA)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses – Actes de biologie	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
Imagerie Médicale pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ADI – ADE)	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
Imagerie Médicale pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ADI – ADE)	100 %	100 %	100 %	105 %	125 %	125 %
Médecines naturelles (forfait annuel) (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure)	Néant	30 €	50 €	70 €	90 €	110 €
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	20 €	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	30 €	50 €	70 €	90 €	110 €	130 €
PRESTATIONS DIVERSES	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ Forfait supplémentaire à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	20 €	20 €	40 €	40 €	80 €	120 €
BONUS FIDÉLITÉ Forfait supplémentaire à compter de la troisième année d'adhésion et suivantes :	40 €	40 €	60 €	60 €	100 €	140 €
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
SERVICES	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national – Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux familiers...)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Aucun délai d'attente pour toutes les formules.

Aucun questionnaire médical.

-7 % pour un tarif couple ; -10 % si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale) ; -10 % pour les TNS et exploitants agricoles ; Gratuité du 3^e enfant jusqu'au 5^e inclus ; Régime Alsace-Moselle : -40 % pour les formules INITIAL+ 1 et INITIAL+ 2, -30 % pour les formules INITIAL+ 3 et INITIAL+ 4 et -20 % pour les formules INITIAL+ 5 et INITIAL+ 6.

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITE.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro. (Contrat responsable en application de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004) – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du régime obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

- Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % du tarif de responsabilité, par an et par assuré.
- La prise en charge du forfait journalier hospitalier est limitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) où la durée est limitée à 30 jours. Par contre, 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.
- La chambre particulière n'est pas prise en charge.
- Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 60 jours. La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées. Le lit accompagnant est pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans.

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

(6) Les montants indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. Pour l'ensemble des formules, à l'exception de la formule INITIAL+ 1, la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Le forfait attribué pour la monture ne pourra pas excéder 150 €. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat.

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

(8) Pour la formule INITIAL+ 1, les lentilles refusées par le RO ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire.

*Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accompagné, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

**OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

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

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :

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

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

		INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	40 €	24€ 16€	24€ 16€	30,25€ 9,75€	36,5€ 3,5€	39€ 1€	39€ 1€
Achat d'une paire de lunettes (verres complexes) tous les 2 ans	350 €	10,12€ 339,88€	200€ 150€	250€ 100€	300€ 50€	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Soin dentaire : détartrage (SDE)	28,92 €	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Pose d'un inlay-core à clavette (ICO)	320 €	144,05€ 175,95€	216,08€ 103,93€	288,10€ 31,90€	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire par an (TO)	860 €	387€ 473€	580,5€ 279,5€	774€ 86€	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Chirurgie : pose d'une prothèse de hanche	900 €	459€ 441€	688,5€ 211,5€	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral

 Votre remboursement (Régime Obligatoire + Néoliane INITIAL+)

 Votre reste à charge

DÉFINITIONS POUR FACILITER VOTRE LECTURE

1€ de participation forfaitaire

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

Base de Remboursement (BR)

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

Chambre particulière

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

Régime Obligatoire (RO)

Régime légal d'assurance maladie auquel vous êtes obligatoirement affilié.

OPTAM et OPTAM-CO

Il s'agit des 2 dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

Dépassements d'honoraires

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

Pédicure-podologue

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

Date d'effet

Date à laquelle débute votre adhésion.

Reste à charge

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

Parcours de soins coordonnés

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

Ostéopathie

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



LE SAVEZ-VOUS ?

Avec Néoliane Initial +, vous bénéficiez de l'assistance dès la souscription !



COMMENT CONTACTER L'ASSISTANCE ?

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



DANS QUELLES SITUATIONS JOINDRE L'ASSISTANCE ?

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

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

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

DÈS L'ADHÉSION

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

EN CAS D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS

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

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

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

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

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

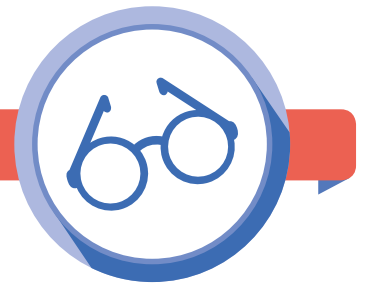
EN CAS DE CHIMIO/RADIOTHÉRAPIE

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

EN CAS DE DÉCÈS

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

NOTRE SOLUTION POUR VOTRE VISION



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



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



Tarifs préférentiels pour vous

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



Grand choix de verres et de lentilles

Plus de 50 000 références de verres avec des tarifs entre 35 à 40% inférieurs en moyenne aux prix du marché.
Plus de 3 500 références de lentilles avec des tarifs à 15% inférieurs en moyenne aux prix du marché.



Tiers payant dématérialisé

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

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

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



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

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



Cette offre s'applique avec un équipement composé :

- d'une « monture » fabriquée en France (au choix sur une sélection de 36 montures)
- de deux verres des fabricants mondialement reconnus :

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

*Sous conditions de garantie à voir avec votre opticien.

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

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



Statuts constitutifs

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 27 juin 2014

TITRE I

Formation - Dénomination - Durée - Objet Composition - Siège Social

Article 1. Constitution

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 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 ent rant dans le cadre de son objet social,
- Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3. Membres

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

- a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;
- b) les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;
- c) et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves. La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

La décision est rendue en dernier ressort par le Conseil d'Administration et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

Article 4. Siège social

Le Siège Social est fixé 38-40, avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

TITRE II Administration

Article 5. Composition du Conseil d'Administration

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

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

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

Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles. En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en 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 doivent 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 la 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 s'era invité à le faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa. Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au dernier alinéa. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

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

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet). Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

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

Article 13. Procès-verbal

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

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

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

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

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

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

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

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

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

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

Article 16. Règlement Intérieur

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

TITRE IV Ressources – Dépenses – Comptes

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

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

Article 18. Dépenses

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

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

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

Article 19. Comptes annuels

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

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

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

Article 20. Commissaires aux comptes

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

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

TITRE V Dissolution – Divers

Article 21. Dissolution de l'Association

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

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

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° EQ2000FNI_NI+_05/2018

Préambule

Le contrat d'assurance frais de santé **Néoliane INITIAL+** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il est souscrit par l'Association **GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous)**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – 38-40, avenue des Champs-Élysées 75008 Paris, auprès de **L'ÉQUITÉ**, au profit de ses adhérents. L'assureur des garanties Frais de Santé est : **L'ÉQUITÉ**, Société Anonyme au capital de 26 469 320 euros, Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Paris B 572 084 697 – Siège Social : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – **Société appartenant au Groupe Generali**, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

L'assureur délègue la gestion au gestionnaire :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051
31602 MURET Cedex

Le contrat groupe est géré dans le cadre des conventions n° **AC491018** ou **AQ000173**. Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

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

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

Article 1. Objet de l'adhésion

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

Article 2. Conditions d'adhésion

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

- être adhérentes à l'Association GPST,
- relever du Régime Obligatoire français,
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et de 89 ans maximum, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance.

Article 3. Modalités d'adhésion

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

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

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

les enfants,

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

les ascendants, descendants ou collatéraux,

à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (INITIAL+ 1, INITIAL+ 2, INITIAL+ 3, INITIAL+ 4, INITIAL+ 5 ou INITIAL+ 6).

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.

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

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

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent de la demande d'adhésion. Le contrat prend effet à compter du jour indiqué sur votre certificat d'adhésion pour une période initiale de 12 mois.

La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion. Elle est toujours fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la demande d'adhésion signée par Néoliane Santé et Prévoyance.

Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation.

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

Vous pouvez résilier votre adhésion un an après la date d'effet des garanties, moyennant un préavis de deux mois puis au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis d'une durée identique, ou le préavis défini par toute nouvelle loi qui pourrait apparaître. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année qui est l'échéance du contrat, sauf en cas de dénonciation dans les conditions de l'article 24 de la présente notice d'information. La résiliation de votre adhésion peut également être mise en œuvre dans les circonstances et délais indiqués à l'Article 5 Résiliation de l'adhésion. Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

Article 5. Résiliation de l'adhésion

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

Formes de la résiliation

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

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

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

Conséquences de la résiliation

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

Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.

En cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. L'état de santé ne peut être prise en compte dans l'appréciation. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par l'adhérent ou par l'assureur

L'adhérent ou l'assureur peut résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des assurances). La demande doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur. La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

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

Article 6. Déclarations

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

À l'adhésion

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

En cours de contrat

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

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites à l'adresse suivante :

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

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'adhérent.

Article 7. Conditions des garanties

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire français.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

Article 8. Prise d'effet des garanties

Les garanties de l'adhésion sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et de la signature de la demande d'adhésion.

Article 9. Étendue territoriale de la garantie

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

Article 10. Garanties et montant des remboursements

La gamme comporte plusieurs niveaux de garanties (INITIAL+ 1, INITIAL+ 2, INITIAL+ 3, INITIAL+ 4, INITIAL+ 5 et INITIAL+ 6) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties (EQ2000FTG_NI+_05/2018).

Les montants de remboursements s'entendent :

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

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé aux présentes Dispositions Générales, sont exprimés, suivant le cas :

- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- En Frais réels (FR),
- En montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du ticket modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité.

À l'exclusion du forfait optique (montures + verres), les forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro.

Pour le forfait optique, la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Le forfait attribué pour la monture est limité et ne pourra pas être supérieur à 150 euros.

Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat. Elles se renouvellent chaque année à la date d'effet de l'adhésion et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Le tarif en vigueur auquel se réfère l'assureur pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

De convention expresse, l'assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

Article 11. Exclusions

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'adhérent des prescriptions du médecin.

Article 12. Cadre juridique du contrat dit responsable

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et le Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014). En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent. Le tarif pourra également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties.

Article 13. Modifications des garanties

À la demande de l'adhérent

À l'échéance principale : L'adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau de garantie par écrit et au plus tard 2 (deux) mois avant l'échéance principale de l'adhésion. Toutefois, ce changement ne sera accepté qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant s'il fait suite à un changement de niveau de garantie.

Hors échéance principale et une seule fois par an : L'adhérent a la possibilité de demander par écrit un changement de niveau de garantie lui permettant de bénéficier d'un niveau de remboursement supérieur.

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

Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un recalcul des plafonds annuels (proratization).

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

À la demande de l'assureur

L'adhésion peut être modifiée sur proposition de l'assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article 12 « Cadre juridique du contrat dit responsable »). Dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai. L'adhérent sera informé par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente jours suivant son exécution.

NOTICE D'INFORMATION (suite)

En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

Article 14. Ajout ou sortie des ayants droit

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 de l'article 18 «Cotisations». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

Article 15. Adaptation de l'adhésion par suite de modification du régime de base de la Sécurité sociale

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

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

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

Article 16. Prestations

Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion. Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion : Centre de Gestion Néoliane – BP 90051 – 31602 MURET Cedex. Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie. Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties. Les prestations sont réglées dans les 48 heures qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire. Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français. Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des assurés géré par MUTUA GESTION.

Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout

moment en écrivant à : Centre de Gestion Néoliane – BP 90051 – 31602 MURET Cedex.

L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale. En cas de rejet de la télétransmission, l'adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

Tiers payant

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant. Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur.

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

La carte de tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de tiers payant ou sur simple demande à : Centre de Gestion Néoliane – BP 90051 – 31602 MURET Cedex.

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

Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à Centre de Gestion Néoliane – BP 90051 – 31602 MURET Cedex, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire ;
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier ;
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à une prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ;
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité ;
- Le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires acceptées ;
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires refusées ;
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres et indiquant le type de verres ou indiquant les frais de lentilles. Il est rappelé à l'adhérent que la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Le forfait attribué à la monture ne pourra excéder 150 €. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat.

Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.

L'évolution de la vue doit être justifiée :

- Soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
- Soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- Pour les médecines douces, la facture détaillée du praticien diplômé d'État ;
- Lorsque l'adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause ;
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant l'affiliation avec l'adhérent ;
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant l'affiliation avec l'adhérent ;
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.

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

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

Article 17. Contrôle, procédure d'expertise et arbitrage

Contrôle des dépenses

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

À peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

Procédure d'expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'adhérent. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Arbitrage

- En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.
- Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

Article 18. Cotisations

Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés. La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque assuré. La cotisation totale est due par l'adhérent.

Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion. En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du régime obligatoire d'assurance maladie, ajout ou sortie de bénéficiaire, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. 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.

Le décès de l'adhérent ne donne pas droit au remboursement de la cotisation pour le mois civil en cours. Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

Révision de la cotisation

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

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

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

Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 5 ou 10 du mois précédant la quittance. En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

Défaut de paiement

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

intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

Article 19. Subrogation

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

Article 20. Prescription

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et 114-3 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

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

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

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

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

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

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

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

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

Article 21. Examen des réclamations – Procédure de médiation

Examen des réclamations

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

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

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

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

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais. Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de l'adhésion, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

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

NOTICE D'INFORMATION (suite)

Médiation

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

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

M. le Médiateur de l'Assurance
BP 290 – 75425 PARIS Cedex 09.

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

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

Article 22. Informatique et libertés

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

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

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

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

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

Centre de Gestion Néoliane – BP 90051
31602 MURET Cedex

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

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

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme. Dans ce cadre, l'adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS.

Article 23. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est :
L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09.

Article 24. Opposition au démarchage téléphonique

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

Article 25. Renonciation à l'adhésion

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par une demande écrite pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Si les conditions précitées sont réunies – et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances – l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze (14) jours précités.

« Je soussigné(e)....., n° d'adhésion, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe, effectuée en date du, (date de la signature de la demande d'adhésion).
Fait à, le.....
(Signature)

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

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

Modalité de conclusion de l'adhésion

L'adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier d'adhésion signées ainsi que les pièces justificatives réclamées.

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

Droit de renonciation

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclues à distance au sens des articles L112-2-1 du Code des assurances et L121-26 du Code de la consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclues au moyen d' « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ».

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

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

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

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

« Je soussigné(e)....., n° d'adhésion, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe, effectuée en date du, (date de la signature de la demande d'adhésion), exclusivement à distance.
Fait à, le.....
(Signature)

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'assureur de la notification de la renonciation.

Territorialité

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

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

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

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

Pièces justificatives

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

GARANTIES SANTÉ

1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES SANTE

1.1 Faits Générateurs

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

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

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 IMPREVUE, EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE ET IMMEDIATE

3.1 Aide à domicile

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

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

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

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

3.2 Présence d'un proche

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

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

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

3.3 Prise en charge des animaux domestiques

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

- une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :
 - La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »
 - La garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent
 - La garde de l'animal chez un « pet sitter »

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT 20170928-000002158 (SUITE)

CONVENTION D'ASSISTANCE DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

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

Exclusions pour les garanties décès

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

Les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée ;
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallies, 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 Initial + 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.

DEFINITIONS

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 Initial + 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 thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.
- **Domicile**
Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.
- **France**
France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).
- **Hospitalisation**
Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.
- **Hospitalisation imprévue**
Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.
- **Immobilisation imprévue**
Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Maladie**
Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Néoliane

INITIAL+

La solution santé idéale

Néoliane

SANTÉ & PRÉVOYANCE

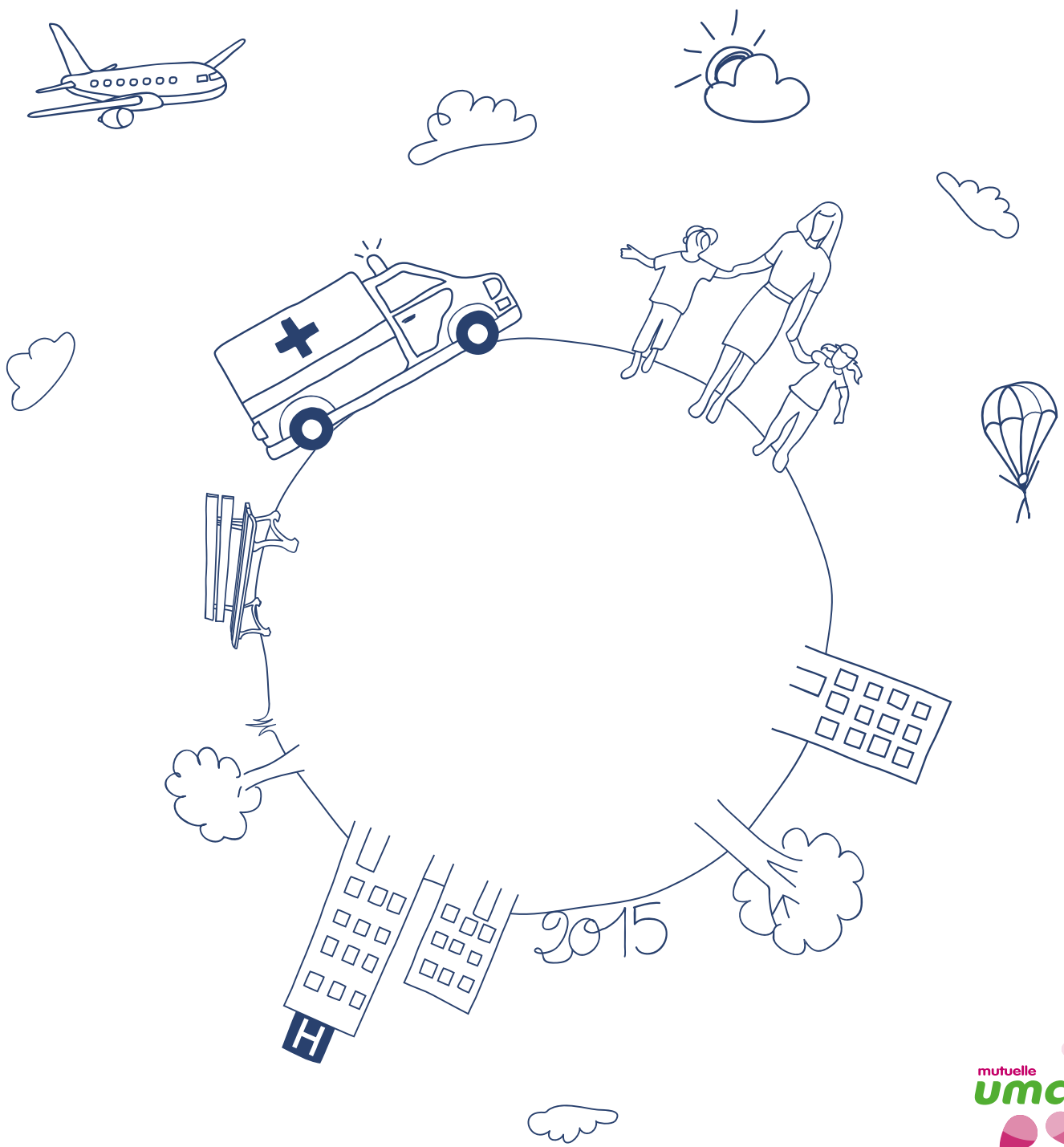
Distribué par **Néoliane Santé & Prévoyance**
455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5* – 06200 Nice
SAS au capital de 2 000 000 € RCS Nice 510 204 274
Immatriculation ORIAS : 09 050 488 (www.orias.fr)

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

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

Notice d'information Prévoyance

Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation – Capital Décès et PTIA
Valant Dispositions Générales + Assistance Néoliane Santé IMA



IJH : Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation

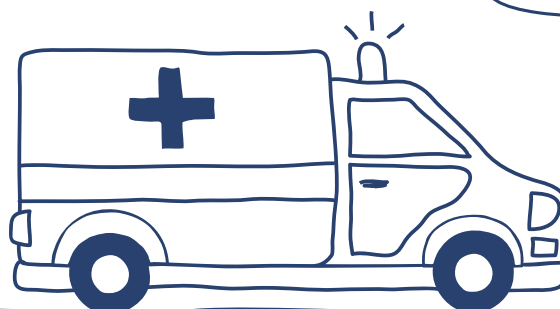
Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence. Pour faire face au quotidien, bénéficiez du versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident.





À partir de 2,35 € par mois,

vous bénéficiez des avantages suivants :

- Versement d'une allocation allant jusqu'à 150 € / jour
- Durée maximum d'indemnisation : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans
- Possibilité d'assurer ses enfants



	 Cotisation mensuelle par bénéficiaire ⁽¹⁾	 Allocation
IJH 20	2,35 €	20 € /jour
IJH 40	4,21 €	40 € /jour
IJH 60	6,06 €	60 € /jour
IJH 80	7,91 €	80 € /jour
IJH 100	9,77 €	100 € /jour
IJH 150	14,40 €	150 € /jour

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2015

Caractéristiques de l'offre IJH :

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



Isabelle, 62 ans – Lille

J'ai été hospitalisée durant 3 semaines. Ma garantie hospitalisation m'a permis de financer mes frais.

ils ont su gérer
des dépenses
inattendues



**Jacques et Sylvie, 45 et 42 ans,
et Marine, 9 ans – Grenoble**

Notre fille a fait une mauvaise chute au ski. Les indemnités journalières nous ont aidé à faire face à pas mal de frais.



Peggy, 27 ans – Perpignan

Pendant une hospitalisation de plusieurs jours, j'ai pu gérer les imprévus grâce à mon indemnité journalière.

NOTICE D'INFORMATION

Garantie Hospitalisation en cas d'accident

Article 1. L'objet de votre contrat

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative n° IJ8862 est souscrit par l'association GPST auprès de la Mutuelle UMC.

Il a pour objet de garantir à l'assuré les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est régi par le Code de la Mutualité.

Article 2. Définitions

Souscripteur : L'Association

Organisme Assureur : La Mutuelle UMC

Adhérent : Personne physique souscripteur de la demande d'adhésion

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat, âgée de 80 ans au plus.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardio-vasculaires et cérébraux, les ruptures d'anévrisme.

Délai de franchise : Période durant laquelle les garanties ne donnent pas lieu à prise en charge. Toute hospitalisation, consécutive à un accident, débutant pendant cette période de franchise ne donnera pas lieu à indemnisation.

Hospitalisation : tout séjour, d'au moins 24 heures continues, dans un établissement de soins public ou privé, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement les conséquences d'un accident.

Ne sont pas considérées comme des hospitalisations au sens du présent contrat : les hospitalisations de jour, à domicile, en gérontologie, en gériatrie, non prises en charge par la Sécurité sociale, en établissements thermaux, d'hydrothérapie, de thalassothérapie, de repos, de convalescence, en maison de santé ou de rééducation, de psychothérapie, en établissements psychiatriques ou en maison de retraite ou hospice.

Article 3. Durée et effet du contrat collectif

Le souscripteur doit remettre aux adhérents, en même temps que le formulaire de demande d'adhésion, une notice d'information. En cas de modifications apportées au contrat, le souscripteur remet aux adhérents une nouvelle notice d'information. En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées jusqu'à leur terme par l'assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation. Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire telle que prévue à l'article « Paiement de la cotisation ». Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées à partir de la date d'effet de la résiliation.

Article 4. La garantie

Allocation hospitalisation en cas d'accident

En cas d'hospitalisation de l'assuré, telle que définie à l'article 2, consécutive à un accident, il est versé une allocation journalière forfaitaire égale au montant garanti à la date de l'accident. Cette allocation, payable mensuellement à terme échu, est versée au plus tôt, après une période d'hospitalisation, appelée période de franchise, égale à 24 heures continues.

La durée maximum de cette garantie, y compris la franchise, ne pourra excéder 365 jours.

Article 5. L'adhésion au contrat

Adhérents : peuvent adhérer au présent contrat les personnes physiques (âgées de plus de 18 ans et de 75 ans au plus) résidant en France Métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou à La Réunion.

Assurés : peuvent être admis au bénéfice de l'assurance, les assurés âgés à l'adhésion de 18 à 75 ans inclus, ayant satisfait aux formalités suivantes et les enfants âgés de moins de 26 ans et qui sont ayants droit de l'adhérent ayant satisfait les formalités suivantes :

- remplir et signer une demande d'adhésion ou adhérer par téléphone avec enregistrement.
- régler la première cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

Les parties conviennent que les données sous forme électronique conservées par l'assureur ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Assuré et lui seront opposables ainsi qu'aux bénéficiaires, et pourront être admis comme, preuves de l'identité de l'Adhérent, de son consentement (ou celle de l'Assuré) et de son consentement relatif à l'adhésion au présent Contrat d'assurance, au contenu de celui-ci, et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés. Il ne peut y avoir, en aucun cas, d'adhésions multiples au contrat concernant un même assuré. Si tel devait être le cas, l'engagement de l'assureur serait en tout état de cause limité à la première adhésion.

Article 6. La vie de l'adhésion

Effet des garanties :

Les garanties sont acquises, après acceptation de l'assureur, à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par l'assureur à l'adhérent, sous réserve du paiement effectif de la 1^{ère} cotisation. L'adhésion est souscrite pour une première période ferme d'un an (1 an) à compter de la date d'adhésion qui figure sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée (voir résiliation de l'adhésion), jusqu'au terme des garanties tel que défini ci-après.

Modification des garanties :

En cours de vie de l'adhésion, l'adhérent peut demander à tout moment la modification de ses garanties. En cas d'augmentation de garantie, les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation de l'assureur et sous réserve que l'assuré ait satisfait aux formalités prévues à l'article 5, à la date figurant sur l'avenant délivré par l'assureur, sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes.

Tout accident, entraînant une hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration à l'assureur et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du

sinistre, y compris ses rechutes éventuelles (même événement accidentel).

Cessation des garanties : les garanties cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),
- au 31 décembre de l'année des 80 ans de l'assuré,
- au jour du décès de l'assuré,
- au jour de la résiliation de l'adhésion.

Résiliation de l'adhésion :

Par l'adhérent :

- pour la première période ferme d'un an (1 an) : à la date anniversaire, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'assureur, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire de la première année,
- pour les années suivantes au 31 décembre de chaque année, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'assureur, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire fixée au 1^{er} janvier,
- en cas d'augmentation des cotisations par l'assureur suite à aggravation des résultats techniques du contrat ou évolution générale du risque, sous réserve de notification du refus à l'assureur par lettre recommandée avec accusé réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la date de notification par l'assureur.

Par l'assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),
- en cas de refus par l'adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat collectif.

Toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

Article 7. Délai de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant quatorze jours (14 jours) calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Néoliane Santé & Prévoyance, 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza - 06200 Nice.

« Je soussigné(e) M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal :

Ville : _____

N° Adhérent : _____

déclare renoncer à mon adhésion au contrat Garantie Hospitalisation en cas d'accident dont la date d'effet est fixée au / / et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la réception de la présente lettre recommandée. »

Article 8. Le paiement de la cotisation

Mode de calcul :

La cotisation annuelle est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite. La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

Les cotisations sont révisables annuellement par l'assureur, au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de l'évolution générale du risque, des résultats du groupe assuré ou du fait de l'aggravation du risque du contrat collectif, sous réserve d'en informer l'adhérent avec un préavis de deux mois. Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article « résiliation de l'adhésion ».

Mode de paiement de la cotisation :

L'adhérent s'engage à verser la cotisation à échoir dans un délai maximum de 10 jours à compter des échéances fixées selon la périodicité de paiement retenue indiquée au certificat d'adhésion. La cotisation annuelle est payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par prélèvement automatique. Le paiement par chèque est accepté uniquement pour les règlements annuels.

Défaut de paiement :

En cas de non-paiement de la cotisation à l'expiration du délai de 10 jours fixé au paragraphe précédent, une lettre recommandée sera adressée à l'adhérent, lui fixant un délai de 40 jours à l'expiration duquel l'adhésion sera résiliée de plein droit. Toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée. La cotisation impayée ainsi que celles échues avant la date de résiliation restent en totalité dues à l'assureur. En cas de paiement du montant figurant sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet, à midi le lendemain du jour du paiement. En cas de survenance d'un sinistre avant la suspension des garanties, l'assureur diminuera les prestations dues des cotisations impayées.

Article 9. Ce que ne couvre pas le contrat

L'assuré est garanti pour toute hospitalisation consécutive à un accident effectuée en hôpital ou clinique public ou privé, à l'exclusion des séjours générés par les faits suivants :

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

Garantie Hospitalisation en cas d'accident

- tentatives de suicide,
- actes intentionnels ou illégaux de l'assuré ou des bénéficiaires,
- vol sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité, ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe,
- l'utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 400 cm³,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,
- à une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plein air, de convalescence, de retraite, les établissements thermaux et climatiques hospices, cliniques ou hôpitaux psychiatriques, instituts médico-pédagogiques, services de gérontologie, les établissements de cure,
- à des traitements à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement,
- à des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs / activités suivantes : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat,
- de la participation à des compétitions ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui la précèdent, courses, matches ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'une arme ou d'un moteur) ou de toute pratique sportive sous contrat rémunéré,
- à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la réglementation en vigueur au jour du sinistre ;
- à l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale.

Article 10. La déclaration d'accident entraînant une hospitalisation

L'assuré doit déclarer à MUTUA GESTION, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat, et ce dans un délai maximum de 15 jours suivant l'hospitalisation.

L'assuré doit adresser ses demandes ou déclarations d'accident à l'adresse suivante du Gestionnaire :

Mutua Gestion – Néoliane Santé & Prévoyance
BP 90051 – 54 bis av. Jacques Douzans 31602 MURET Cedex
Tél : 05 61 43 83 83

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à MUTUA GESTION (ou le cas échéant au médecin-conseil de l'assureur) des justificatifs décrits ci-après.

- Tout élément justifiant de l'accident, sa date de survenance et les circonstances précises (lieu, noms des témoins...) la nature des lésions constatées médicalement.
- Un certificat médical précisant la nature et la durée de l'hospitalisation.
- L'attestation de l'établissement hospitalier ou bulletin d'hospitalisation.

Toute prolongation d'hospitalisation nécessite un certificat de prolongation qui doit parvenir à l'assureur dans les 15 jours et précisant qu'il s'agit de la suite du même accident, ainsi que la durée de la prolongation.

À la demande de l'assureur, l'assuré fournira sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'assureur un rapport médical de son médecin traitant.

Au-delà des délais de déclaration indiqués ci-dessus, l'indemnisation des sinistres ne débute qu'au terme du délai de franchise prévu au certificat d'adhésion décompté à partir de la date de déclaration.

L'assureur se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que l'assuré puisse le cas échéant continuer à percevoir les prestations.

Article 11. Contrôle de l'assuré

L'assureur se réserve à tout moment la possibilité de faire exécuter par un médecin expert désigné par lui, tout contrôle de l'assuré pour l'ouverture des prestations ou leur poursuite. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré apporterait la preuve.

Article 12. Territorialité

Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois. En cas d'accident entraînant une hospitalisation hors de France Métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou à La Réunion, d'un pays membre de l'Union européenne ou de l'OCDE, les prestations ne sont dues que pour les jours d'hospitalisation postérieurs au rapatriement de l'assuré en France Métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou à La Réunion, après application de la franchise prévue. Les prestations sont payables exclusivement en euro.

Article 13. Prescription

Toute action dérivant de ce contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent.

Cette prescription est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée

à l'assureur par l'adhérent, l'assuré ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation ou adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.

Article 14. Litiges médicaux

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'assureur, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, les trois experts opérant alors en commun à la majorité des voix. Faute d'entente sur le choix du tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chaque partie paie les honoraires de son expert : ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance.

Article 15. Informatique et libertés

Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, l'adhérent ou l'assuré peut demander à l'assureur communication ou rectification de toute information le concernant, qui figure sur tout fichier de l'assureur, de ses réassureurs ou de tout organisme concerné. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social :

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

Article 16. Examen des réclamations

L'interlocuteur habituel de l'adhérent (MUTUA GESTION) reste à son entière disposition pour répondre à toute demande d'information ou de réclamation relative à l'application du présent contrat. Le cas échéant, celles-ci pourront être formulées auprès du siège social de la Mutuelle (Mutuelle UMC). Si après intervention de ceux-ci un désaccord subsiste, l'adhérent ou l'assuré pourra demander un arbitrage en adressant sa demande à l'adresse suivante :

Mutuelle UMC – Monsieur le Médiateur – 35 rue Saint Sabin – 75534 Paris Cedex 11

Article 17. Autorité de contrôle

Mutuelle UMC est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout – 75009 Paris

Assistance pour la Garantie Hospitalisation en cas d'accident

1. Conditions d'application des garanties

1.1 Faits générateurs

Les garanties de la présente convention s'appliquent en cas d'accident corporel entraînant une hospitalisation, dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 Intervention

IMA ASSURANCES intervient 24h / 24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 05 49 76 66 30 ou 00 33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que 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

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

Principe : sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent la sortie d'une hospitalisation.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Exception : Pour la garantie aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est de 5 jours à compter de la sortie d'une hospitalisation.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation).

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 attribuées 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.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties.

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.

1.2.3 Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

1.3 Pièces justificatives

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

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

2. Garanties en cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 4 jours

2.1 Aide ménagère

En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 4 jours de l'assuré, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère à son domicile pour assister ses proches.

Celle-ci a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales dès le premier jour de l'hospitalisation ou au retour au domicile.

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

2.2 Prise en charge des enfants ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 4 jours de l'assuré, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes :

• Le déplacement d'un proche*

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les enfants au domicile.

• Le transfert des enfants*

Le voyage aller et retour en France des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

• La garde des enfants*

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

***Les garanties « déplacement d'un proche », « transfert des enfants » et « garde des enfants » ne sont pas cumulables.**

3. Garanties complémentaires

3.1 Informations médicales

Une équipe médicale, communique 24h/24 sur simple appel, des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques.
- Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.
- Enfants et petits-enfants : attitudes préventives et conseils sur la santé.

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.

4. Limitations et exclusions à l'application des garanties

4.1 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.

4.2 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, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

4.3 Exclusions

- Tout conseil,
- toute consultation juridique ou tout examen de cas particulier,

- toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de garanties, de même que toute avance de fond.

5. Vie du contrat

5.1 Durée des garanties

La période de validité du contrat souscrit par l'assuré auprès de Néoliane Santé & Prévoyance.

5.2 Résiliation

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

5.3 Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire 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 du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

5.4 Prescription

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance,
- 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 ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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.

5.5 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 le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Néoliane Santé & Prévoyance.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris – 79000 Niort.

5.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris – 79000 NIORT 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 du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances), 9 rue de Saint-Pétersbourg – 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

Définitions

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

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

Assuré : souscripteur du contrat d'assurance auprès de Néoliane Santé & Prévoyance.

Bénéficiaires des garanties d'assistance : tout assuré à Néoliane Santé & Prévoyance domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants, enfants handicapés sans limite d'âge fiscalement à charge.

Domicile : lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré en France.

France : France métropolitaine et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre.

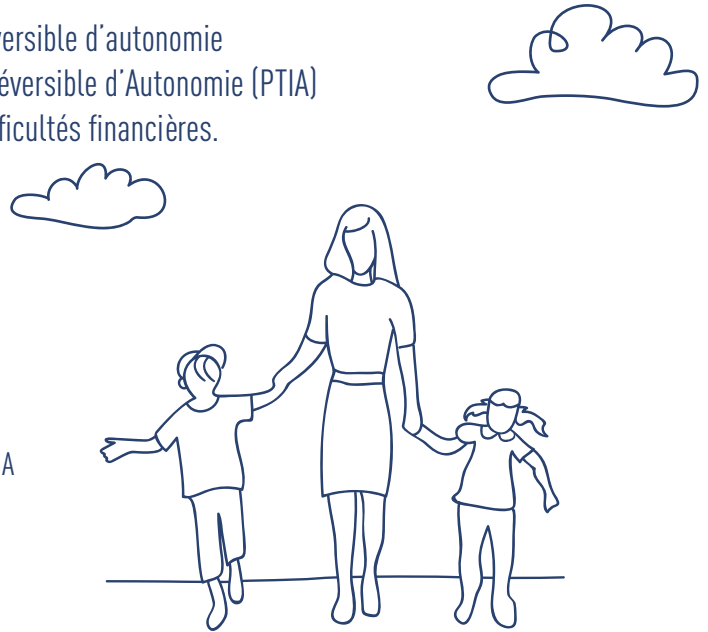
Capital Décès et PTIA* par accident

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



À partir de 3,78 € par mois,

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

- Versement d'un capital décès allant jusqu'à 150 000 €
- Formule accessible jusqu'à 75 ans à l'adhésion
- Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans pour le capital décès et 65 ans pour la PTIA
- Assistance complète et rapatriement de corps en France métropolitaine en cas de décès à l'étranger



*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

	 Cotisation mensuelle de 18 à 75 ans ⁽¹⁾	 Capital versé
Cap 20	3,78 €	20 000 €
Cap 40	7,14 €	40 000 €
Cap 60	10,50 €	60 000 €
Cap 80	13,86 €	80 000 €
Cap 100	17,22 €	100 000 €
Cap 150	25,62 €	150 000 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2015 – (2) dans les limites fiscales en vigueur

Caractéristiques de l'offre Capital Décès / PTIA :

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

ils ont fait
le choix
de protéger
leur famille



Jean-François, 30 ans, marié – Nice

À mon âge, on ne se soucie pas toujours du devenir de sa famille en cas de décès. Avec mon contrat, je suis prévoyant.



Sébastien, 41 ans, parent isolé – Paris

Les difficultés du quotidien ne me permettraient pas d'assurer un avenir serein à mes enfants. Grâce à ma garantie décès, je laisserai un capital important à mes enfants.

NOTICE D'INFORMATION

Garantie Décès – PTIA en cas d'accident

Article 1. L'objet de votre contrat

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative n° CD8863 est souscrit par l'Association GPST auprès de la Mutuelle UMC.

Il a pour objet de garantir à l'assuré les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est régi par le Code de la Mutualité.

Article 2. Définitions

Souscripteur : L'Association

Organisme assureur : La Mutuelle UMC

Adhérent : Personne physique souscripteur de la demande d'adhésion

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat, âgée de 80 ans au plus et 65 ans au plus pour la garantie PTIA.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardiovasculaires et cérébraux, rupture d'anévrisme.

Article 3. Durée et effet du contrat collectif

Le souscripteur doit remettre aux adhérents, en même temps que le formulaire de demande d'adhésion, une notice d'information. En cas de modifications apportées au contrat, le souscripteur remet aux adhérents une nouvelle notice d'information.

En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurés jusqu'à leur terme par l'assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation. Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire telle que prévue à l'article «paiement de la cotisation». Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées à partir de la date d'effet de la résiliation.

Article 4. La garantie

Décès accidentel

En cas de décès accidentel de l'Assuré, l'assureur garantit le versement du Capital Décès accidentel souscrit par l'Assuré aux bénéficiaires. Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre, en précisant leur nom, prénom, adresse et quote-part éventuelle. À défaut de désignation particulière par l'Assuré, la formule générale suivante s'applique : « son conjoint non divorcé ni séparé de corps, à défaut son concubin, à défaut son partenaire pacsé, à défaut ses enfants nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut ses autres héritiers en proportion de leurs parts héréditaires sans tenir compte des donations et testaments. » Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, l'Assuré peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés. La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie – PTIA accidentelle

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- tout assuré ayant bénéficié d'un classement dans la 3^e catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale (art L341-4 du code de la Sécurité sociale),
- toute personne bénéficiant au titre de son régime propre de Sécurité sociale d'une majoration de ses prestations d'invalidité ou d'incapacité permanente pour assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Le versement du capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie Décès accidentel.

Article 5. L'adhésion au contrat

Adhérents : peuvent adhérer au présent contrat les personnes physiques (âgées de plus de 18 ans et de 75 ans au plus) résidant en France Métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou à La Réunion.

Assurés : peuvent être admis au bénéfice de l'assurance, les assurés âgés à l'adhésion de 18 à 75 ans inclus, ayant satisfait aux formalités suivantes :

- remplir et signer une demande d'adhésion, ou adhérer par téléphone avec enregistrement,
- régler la première cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

Les parties conviennent que les données sous forme électronique conservées par l'assureur ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Assuré et lui seront opposables ainsi qu'aux bénéficiaires, et pourront être admises comme, preuves de l'identité de l'Adhérent, de son consentement (ou celle de l'Assuré) et de son consentement relatif à l'adhésion au présent Contrat d'Assurance, au contenu de celui-ci, et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

Il ne peut y avoir, en aucun cas, d'adhésions multiples au contrat concernant un même assuré. Si tel devait être le cas, l'engagement de l'assureur serait en tout état de cause limité à la première adhésion.

Article 6. La vie de l'adhésion

Effet des garanties :

Les garanties sont acquises, après acceptation de l'assureur, à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par l'assureur à l'adhérent, sous réserve du paiement effectif de la 1^{ère} cotisation. L'adhésion est souscrite pour une première période ferme d'un an (1 an) à compter de la date d'adhésion qui figure sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée (voir résiliation de l'adhésion), jusqu'au terme des garanties tel que défini ci-après.

Modification des garanties :

En cours de vie de l'adhésion, l'adhérent peut demander à tout moment la modification de ses garanties. En cas d'augmentation de garantie, les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation de l'assureur et sous réserve que l'assuré ait satisfait aux formalités prévues à l'article 5, à la date figurant sur l'avenant délivré par l'assureur, sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes.

Tout accident, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration à l'assureur et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris ses rechutes éventuelles (même événement accidentel).

Cessation des garanties : les garanties cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),
- au 31 décembre de l'année des 65 ans de l'assuré pour la garantie PTIA,
- au 31 décembre de l'année des 80 ans de l'assuré pour la garantie décès,
- au règlement du capital PTIA,
- au jour du décès de l'assuré,
- au jour de la résiliation de l'adhésion.

Résiliation de l'adhésion :

Par l'adhérent :

- pour la première période ferme d'un an (1 an) : à la date anniversaire, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'assureur, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire de la première année.
- pour les années suivantes au 31 décembre de chaque année, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'assureur, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire fixée au 1^{er} janvier.
- en cas d'augmentation des cotisations par l'assureur suite à aggravation des résultats techniques du contrat ou évolution générale du risque, sous réserve de notification du refus à l'assureur par lettre recommandée avec accusé réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la date de notification par l'assureur.

Par l'assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),
- en cas de refus par l'adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat collectif.

Toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

Article 7. Délai de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant quatorze jours (14 jours) calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Néoliane Santé & Prévoyance, 455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice.

« Je soussigné(e) M. Mme

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : [] [] [] [] [] Ville :

N° Adhérent :

déclare renoncer à mon adhésion n° au contrat Garantie Décès-PTIA en cas d'accident dont la date d'effet est fixée au / / et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la réception de la présente lettre recommandée. »

date et signature

Article 8. Le paiement de la cotisation

Mode de calcul :

La cotisation annuelle est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite. La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. Les cotisations sont révisables annuellement par l'assureur, au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de l'évolution générale du risque, des résultats du groupe assuré ou du fait de l'aggravation du risque du contrat collectif, sous réserve d'en informer l'adhérent avec un préavis de deux mois. Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article « résiliation de l'adhésion ».

Mode de paiement de la cotisation :

L'adhérent s'engage à verser la cotisation à échoir dans un délai maximum de 10 jours à compter des échéances fixées selon la périodicité de paiement retenue indiquée au certificat d'adhésion. La cotisation annuelle est payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par prélèvement automatique. Le paiement par chèque est accepté uniquement pour les règlements annuels.

Défaut de paiement :

En cas de non-paiement de la cotisation à l'expiration du délai de 10 jours fixé au paragraphe précédent, une lettre recommandée sera adressée à l'adhérent, lui fixant un délai de 40 jours à l'expiration duquel l'adhésion sera résiliée de plein droit. Toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée. La cotisation impayée ainsi que celles échues avant la date de résiliation restent en totalité dues à l'assureur. En cas de paiement du montant figurant sur la lettre de mise en

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

Garantie Décès – PTIA en cas d'accident

demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet, à midi le lendemain du jour du paiement. En cas de survenance d'un sinistre avant la suspension des garanties, l'assureur diminuera les prestations dues des cotisations impayées.

Article 9. Ce que ne couvre pas le contrat

Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes :

- du suicide de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, dans les 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion ou la remise en vigueur de celle-ci (ou de toute augmentation de garantie),
- d'un vol sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité, ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record,
- des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe,
- l'utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 400 cm³,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,
- de la participation de l'assuré à un crime ou délit comme co-auteur ou complice,
- des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs / activités suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3 000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat,
- de la participation à des compétitions ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui la précèdent, courses, matches ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'une arme ou d'un moteur) ou de toute pratique sportive sous contrat rémunéré,
- de l'état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la réglementation en vigueur au jour du sinistre,
- de l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale.

Article 10. La déclaration d'accident

L'assuré doit déclarer à MUTUA GESTION, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat, et ce dans un délai maximum de 15 jours suivant le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'assuré doit adresser ses demandes ou déclarations à l'adresse suivante du Gestionnaire :

Mutua Gestion – Néoliane Santé & Prévoyance
BP 90051 – 54 bis av. Jacques Douzans 31602 MURET Cedex
Tél : 05 61 43 83 83

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à MUTUA GESTION (ou le cas échéant au médecin-conseil de l'assureur) des justificatifs décrits ci-après.

En cas de décès accidentel :

- Un extrait de l'acte de décès (délivré par la mairie du lieu de décès),
- Un certificat médical précisant la cause exacte du décès.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle :

- Un certificat médical du médecin traitant de l'Assuré précisant la cause et la nature exacte de l'invalidité et si l'intéressé a besoin d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
 - justificatifs d'attribution d'une pension d'invalidité de 3^e catégorie délivrée par la Sécurité sociale.
- Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre connus de l'Assuré l'expose aux sanctions prévues par le Code de la Mutualité, c'est-à-dire : réduction d'indemnités ou nullité de l'adhésion (articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité).
- Tous éléments justifiant de l'accident, sa date de survenance et les circonstances précises (lieu, noms des témoins...)

L'assureur se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces.

Article 11. Contrôle de l'assuré

L'assureur se réserve à tout moment la possibilité de faire exécuter par un médecin expert désigné par lui, tout contrôle de l'assuré pour l'ouverture des prestations. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré ou son représentant refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré apporterait la preuve.

Article 12. Territorialité

Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois. En cas d'accident hors de France Métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou à La Réunion, d'un pays membre de l'Union européenne ou de l'OCDE, les prestations ne sont dues qu'à partir du rapatriement de l'assuré en France Métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou à La Réunion, après application de la franchise prévue. Les prestations sont payables exclusivement en euro.

Article 13. Prescription

Toute action dérivant de ce contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent. Cette prescription est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur par l'adhérent, l'assuré ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation ou adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.

Article 14. Litiges médicaux

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'assureur, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, les trois experts opérant alors en commun à la majorité des voix. Faute d'entente sur le choix du tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chaque partie paie les honoraires de son expert : ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance.

Article 15. Informatique et libertés

Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, l'adhérent ou l'assuré peut demander à l'assureur communication ou rectification de toute information le concernant, qui figure sur tout fichier de l'assureur, de ses réassureurs ou de tout organisme concerné. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social :

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

Article 16. Examen des réclamations

L'interlocuteur habituel de l'adhérent (MUTUA GESTION) reste à son entière disposition pour répondre à toute demande d'information ou de réclamation relative à l'application du présent contrat. Le cas échéant, celles-ci pourront être formulées auprès du siège social de la Mutuelle (Mutuelle UMC). Si après intervention de ceux-ci un désaccord subsiste, l'adhérent ou l'assuré pourra demander un arbitrage en adressant sa demande à l'adresse suivante :

Mutuelle UMC – Monsieur le Médiateur – 35 rue Saint Sabin – 75534 Paris Cedex 11

Article 17. Autorité de contrôle

Mutuelle UMC est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 61 rue Taitbout – 75009 Paris

Assistance Capital Décès / PTIA par accident

1. Conditions d'application des garanties

1.1 Faits générateurs

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas de décès consécutif à un accident corporel ou d'une PTIA – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à un accident.

1.2 Intervention

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 05 49 76 66 30 ou 00 33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que 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

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

Principe : sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent le décès ou la déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Exception : Pour la garantie aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est de 5 jours à compter du décès ou de la déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du jour du décès.

Illustration pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 10 jours : en cas d'appel le 5^{ème} jour, 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 attribuées 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.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties.

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.

1.2.3 Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

1.3 Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat de décès ou déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie).

2. Garanties en cas de décès consécutif à un accident corporel de l'assuré

2.1 Aide ménagère

En cas de décès de l'assuré, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère à son domicile pour assister ses proches.

Celle-ci a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales à compter du jour du décès. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

2.2 Transfert et garde d'animaux domestiques familiaux

En cas de décès de l'assuré, IMA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux familiers domestiques vivant à son domicile, dans la limite de 10 jours à compter de la date de mise en œuvre de la garantie.

2.3 Mise en relation avec un prestataire funéraire

IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire funéraire à la famille. Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

2.4 Rapatriement de corps en cas de décès survenu lors d'un déplacement

En cas de décès de l'assuré survenant lors d'un déplacement au-delà de 50 km de son domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le rapatriement du corps. Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation/crémation ou d'exposition du corps choisi en France.

Cette garantie comprend les soins de conservation du corps imposés par la loi, le cercueil conforme à la législation en vigueur et de qualité courante, les formalités, le transport.

2.5 Aide à la rédaction des documents administratifs

Afin d'aider les proches dans la rédaction des documents administratifs liés au décès de l'assuré, IMA ASSURANCES met à leur disposition un intervenant compétent dans la limite de 4 heures maximum sur un an à compter du décès.

3. Garanties en cas de déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré

3.1 Aide ménagère

En cas de déclaration de perte d'autonomie totale et irréversible de l'assuré, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère à son domicile pour assister ses proches. Celle-ci a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales à compter de la déclaration de perte d'autonomie totale et irréversible de l'assuré. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

3.2 Transfert et garde d'animaux domestiques familiaux

En cas de déclaration de perte d'autonomie totale et irréversible de l'assuré, IMA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux familiers domestiques vivant à son domicile, dans la limite de 10 jours à compter de la date de mise en œuvre de la garantie.

4. Limitations et exclusions à l'application des garanties

4.1 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.

4.2 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, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

4.3 Exclusions

- **Tout conseil,**
- **toute consultation juridique ou tout examen de cas particulier,**
- **toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de garanties, de même que toute avance de fond.**

5. Vie du contrat

5.1 Durée des garanties

La période de validité du contrat souscrit par l'assuré auprès de Néoliane Santé & Prévoyance.

5.2 Résiliation

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

5.3 Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire 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 du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

5.4 Prescription

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance,
- 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 ce dernier. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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.

5.5 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 le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Néoliane Santé & Prévoyance. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris – 79000 Niort.

5.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris – 79000 NIORT 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 du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances), 9 rue de Saint-Petersbourg – 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

Définitions

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

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

Assuré : souscripteur du contrat d'assurance auprès de Néoliane Santé & Prévoyance

Bénéficiaires des garanties d'assistance : tout assuré à Néoliane Santé & Prévoyance domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants, enfants handicapés sans limite d'âge fiscalement à charge.

Domicile : lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré en France.

France : France métropolitaine et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre.

Statuts constitutifs

Le 10 juillet 2012

TITRE I

Formation - Dénomination - Durée - Objet - Composition - Siège Social

Article 1. Constitution

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, les articles L.141-7 et R 141-1 à R.141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts.

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

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2. Objet

L'Association GPST a pour objet :

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

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3. Membres

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

- a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Bureau du Conseil d'Administration ;
- b) les membres adhérents, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, 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 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 91, rue du Faubourg Saint-Honoré - 75008 Paris. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration.

TITRE II

Administration

Article 5. Composition du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 3 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 soit des membres individuels, 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 pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 6. Membres du Bureau

Chaque année, après l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration élit parmi ses membres son Bureau composé d'un Président, d'un ou deux Vice-Présidents, et s'il le juge nécessaire d'un secrétaire pouvant être choisi en dehors des administrateurs et d'un Trésorier.

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.

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.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs contrats d'assurance, ainsi qu'un ou plusieurs avenants, 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 de plusieurs contrats d'assurance, ou 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 tenus à la disposition des adhérents.

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.

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 1 % des droits de vote.

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

Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

Article 11. Convocation

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

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés. 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 ou représentés.

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

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

La convocation aux assemblées générales est individuelle : cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'association lorsqu'il sera invité à le faire.

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

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au second 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.

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 ou représentés.

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 contrats d'assurance de groupe ou d'un ou de plusieurs avenants à ceux-ci. 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 contrats d'assurance ainsi qu'un ou plusieurs avenants 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 par le Bureau qui le fait approuver par l'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 ;
- 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.

Droit de renonciation applicable au contrat prévoyance

En cas d'adhésion dans le cadre d'une vente à distance :

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen d'« une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »

Conformément aux dispositions de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu.

Vous serez remboursé(e) des sommes versées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. En cas d'exercice de votre faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la lettre recommandée.

En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues des articles L121 – 23, L121 – 24, L121 – 25, L121 – 26 du code de la consommation s'appliquent :

Conformément aux dispositions des articles précités, l'adhérent peut renoncer au présent contrat dans un délai de 7 jours calendaires révolus, jours fériés compris à compter de son engagement.

Par souci de transparence, Néoliane Santé s'engage à accorder un délai supplémentaire de 7 jours pour toute renonciation au présent contrat. En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile, le délai de renonciation retenu sera de 14 jours calendaires révolus à compter de l'engagement de l'adhérent.

Vous serez remboursé(e) des sommes versées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. En cas d'exercice de votre faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la lettre recommandée.

Article L121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1° Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2° Adresse du fournisseur ;
- 3° Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- 4° Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;
- 5° Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6° Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;

7° Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L. 121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26.

Article L121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.

Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

Article L121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 7 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'Etat ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

NOTA :

Ordonnance 2007-329 du 12 mars 2007 art. 14 : Les dispositions de la présente ordonnance entrent en vigueur en même temps que la partie réglementaire du code du travail et au plus tard le 1^{er} mars 2008.

La loi n° 2008-67 du 21 janvier 2008 dans son article 2 X a fixé la date d'entrée en vigueur de la partie législative du code du travail au 1^{er} mai 2008.

www.neoliane.fr

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE