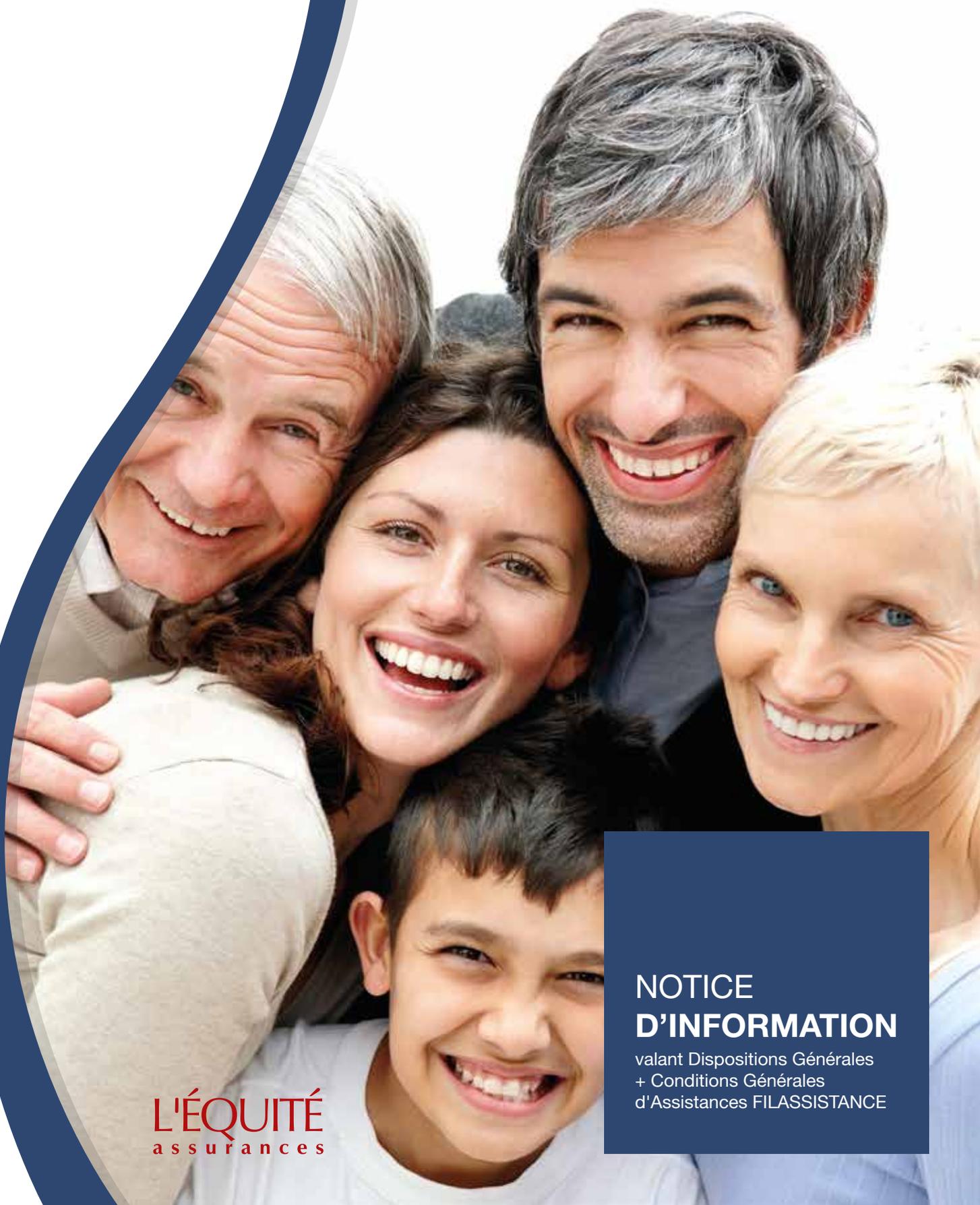


Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane

INITIAL+

La solution santé idéale



L'ÉQUITÉ
assurances

**NOTICE
D'INFORMATION**

valant Dispositions Générales
+ Conditions Générales
d'Assistances FILASSISTANCE

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 70€ 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

Néoliane INITIAL+ offre un double forfait optique : sur vos verres et monture ainsi que vos lentilles. Bénéficiez d'une offre exclusive Optic 2000.



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

	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4
HOSPITALISATION SECTEUR CONVENTIONNÉ				
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100 %	150 %	200 %	225 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	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 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents au CAS** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100 %	150 %	200 %	225 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents au CAS** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100 %	130 %	180 %	200 %*
Chambre particulière ⁽⁴⁾ (hors ambulatoire)	Néant	45 €/jour	55 €/jour	65 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion	Néant	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	Néant	55 €/jour	65 €/jour	75 €/jour
Lit accompagnant ⁽⁴⁾	Néant	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
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	150 %
HOSPITALISATION SECTEUR NON CONVENTIONNÉ				
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE				
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO (SDE – ADA – ADC dentaire – ADI – ATM – AXI – INO – END – TDS)	100 %	100 %	150 %	150 %
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 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	115 %	165 %	215 %	265 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	130 %	180 %	230 %	280 %
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁵⁾	illimité	illimité	700 €	1 000 €
OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO⁽⁶⁾				
Monture et verres (équipement) ^{***} :				
- Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	125 €	175 €	200 €
- Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	250 €	300 €
NOUVEAU ! Montures et verres (équipement) dans une des boutiques OPTIC 2000 dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	Zéro reste à charge ⁽⁷⁾	Zéro reste à charge ⁽⁷⁾	Zéro reste à charge ⁽⁷⁾
Lentilles (par an) (y compris lentilles jetables)	100 % ⁽⁸⁾	150 €	150 €	150 €
	100 % ⁽⁸⁾	100 €	100 €	100 €
CONSULTATION ET PHARMACIE				
Pharmacie				
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion : Forfait pharmacie non remboursée par le RO	10 €	15 €	20 €	25 €
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins adhérents au CAS**	100 %	100 %	125 %	150 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins non adhérents au CAS**	100 %	100 %	105 %	130 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (CAS** et non CAS**) (ATM – ADC hors dentaire – ADA)	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses – Actes de biologie	100 %	100 %	100 %	125 %
Imagerie Médicale pour les médecins adhérents au CAS** (ADI – ADE)	100 %	100 %	100 %	125 %
Imagerie Médicale pour les médecins non adhérents au CAS** (ADI – ADE)	100 %	100 %	100 %	105 %
Médecines naturelles (forfait annuel)	Néant	30 €	50 €	70 €
(Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure)				
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	20 €	40 €	60 €	80 €
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	30 €	50 €	70 €	90 €
PRESTATIONS DIVERSES				
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	125 %	150 %
BONUS FIDÉLITÉ Forfait supplémentaire à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	20 €	20 €	40 €	40 €
BONUS FIDÉLITÉ Forfait supplémentaire à compter de la troisième année d'adhésion et suivantes :	40 €	40 €	60 €	60 €
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	125 %	150 %
SERVICES				
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national – Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance	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 et -30% pour les formules INITIAL+ 3 et INITIAL+ 4.

L'Assureur des garanties santé est l'ÉQUIITÉ.

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.

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

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

(3) La chambre particulière n'est pas prise en charge.

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

(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) Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements proposés dans le pack Responsable, par l'une des 1200 boutiques du réseau Optic 2000 partenaire de Néoliane Santé. Cette offre n'est pas cumulable avec des remises commerciales ou promotionnelles.

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

*Jusqu'au 31 décembre 2016, ce plafond de remboursement est porté à 205% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

**CAS : Contrat d'Accès aux Soins

***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

ADA : Actes d'anesthésie

ADI : Actes d'imagerie

ADE : Actes d'échographie

ATM : Actes Techniques Médicaux

AXI : Prophylaxie bucco-dentaire

END : Actes d'endodontie

ICO : Inlay-Core

INO : Actes inlay-onlay

IMP : Implantologie

ORT : Orthodontie médecin

PAR : Prothèses amovibles définitives résine

PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques

PDT : Prothèses dentaires provisoires

PFC : Prothèses fixes céramiques

PFM : Prothèses fixes métalliques

SDE : Soins dentaires

TDS : Parodontologie

TO : Orthodontie

RPN : Réparation sur prothèses

NÉOLIANE ET OPTIC 2000

VOIENT LA PRÉVENTION D'UN BON ŒIL



OFFRE 1

L'OFFRE NÉOLIANE INITIAL+ VOUS PERMET DE BÉNÉFICIER D'UN ZÉRO RESTE À CHARGE SUR DES PACKS MONTURES ET VERRES ⁽¹⁾ PROPOSÉS DANS LE PACK RESPONSABLE, PAR L'UNE DES 1 200 BOUTIQUES DU RÉSEAU OPTIC 2000 PARTENAIRE DE NÉOLIANE SANTÉ.

AVANTAGES EXCLUSIFS PACK RESPONSABLE

Un large choix de montures avec 1600 possibilités grâce aux collections les "Inimitables", "Baila" et "Tango".



Un service complet et professionnel :

- La prise en charge de vos formalités
- Sécurité sociale et mutuelle
- Un devis complet et détaillé
- Des garanties casse et adaptation*
- L'ajustage et l'entretien gratuits de vos lunettes

* voir conditions « Assurance résultat » en magasin

Aucun reste à charge avec cette offre, tout est compris



OFFRE 2

PROFITEZ D'UNE GRILLE DE VERRES AVEC UNE RÉDUCTION TARIFAIRE SUR LES MONTURES ⁽²⁾

1

Vos verres : une multitude de références au meilleur prix

- ✓ Adaptés à tous les types de défauts visuels (unifocaux, mi-distance, progressif).
- ✓ Des verres de qualité par les plus grands fabricants.

2

Les traitements inclus et optionnels

- ✓ Le traitement durci, systématique sur vos verres, permet d'en augmenter la résistance.
- ✓ Options en fonction de vos besoins : antireflet, autres.

3

Montures : pour tous les budgets

- ✓ Accès à toutes les collections de notre partenaire Optic 2000.
- ✓ Des montures pour tous les styles.
- ✓ Profitez de 10 % de réduction sur la monture.

En cas de refus de l'offre 1 et 2

OFFRE 3

PROFITEZ DE 10 % DE RÉDUCTION SUR ÉQUIPEMENT COMPLET ⁽²⁾

✓ Applicable sur les verres et montures.

✓ Valable dans les 1 200 magasins du réseau Optic 2000 partenaire de Néoliane Santé.

(1) Dans le cadre des packs « Montures et verres » de l'offre Néoliane Initial+, votre opticien Optic 2000 s'engage à vous proposer systématiquement une offre adaptée à vos besoins dans le respect de votre prescription médicale, permettant de vous assurer un reste à charge nul ou le moins élevé possible. Conformément aux dispositions de l'article L 165-8 du CSS, votre opticien vous informe toutefois, que seule la demande de prise en charge formulée auprès de votre complémentaire santé, après acceptation du devis, permet de vérifier, en fonction de votre situation, que cette offre vous assure un reste à charge nul. Dans tous les cas, un reste à charge nul suppose que vous disposiez d'un régime complémentaire d'assurance maladie et que vous n'ayez pas épuisé vos droits sur la période de référence.

(2) Offre non cumulable avec d'autres promotions ou avantages sur les mêmes articles.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

		INITIAL+ 1		INITIAL+ 2		INITIAL+ 3		INITIAL+ 4	
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	40 €	22 €	18 €	22 €	18 €	27,75 €	12,25 €	33,50 €	6,50 €
Achat d'une paire de lunettes (verres complexes) tous les 2 ans (bénéficiez d'un remboursement intégral avec l'une des offres Optic 2000)	350 €	350 €		200 €	150 €	250 €	100 €	300 €	50 €
Soin dentaire : détartrage (SDE)	28,92 €	Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral	
Pose d'un inlay-core (ICO)	320 €	144 €	176 €	216 €	104 €	288 €	32 €	Remboursement intégral	
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire par an (TO)	860 €	387 €	473 €	580 €	280 €	774 €	86 €	Remboursement intégral	
Chirurgie : pose d'une prothèse de hanche	900 €	459 €	441 €	688 €	212 €	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 mutuelle. 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.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS)

Il s'agit d'un contrat dont le contenu est négocié nationalement entre l'Assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs signataires de la convention médicale proposé aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 désireux d'améliorer l'accès aux soins de leurs patients et de bénéficier de certains avantages.

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.

ILS ONT TROUVÉ UNE MUTUELLE ADAPTÉE À LEURS BESOINS



**Jérôme 30 ans, Marie 33 ans,
Léna 6 ans, Théo 8 ans, famille**

« Avec la formule Néoliane INITIAL+ 3,
ils bénéficient de garanties pour toute la famille »

- Un remboursement de la chambre particulière à la maternité
- Une couverture confortable pour l'orthodontie enfants
- Un forfait optique de 175 € à 250 € tous les 2 ans* et un forfait de 100 € par an pour les lentilles
- Une prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins



**Cédric et Charlotte, 30 et 31 ans,
jeunes actifs**

« Avec la formule Néoliane INITIAL+ 2,
nous bénéficions de garanties confortables »

- 125 € à 200 € tous les 2 ans pour les lunettes (monture et verres*) et 100 € par an pour les lentilles
- Une prise en charge des dépassements d'honoraires en chirurgie et anesthésie
- Des garanties en dentaire sans plafond



Gisèle et René, 78 et 79 ans, retraités

« Nous avons choisi Néoliane INITIAL+ 4
pour assurer notre santé »

- Jusqu'à 65 € /jour pour la chambre particulière
- Forfait optique de 200 € à 300 € (monture et verres*) tous les 2 ans et 100 € par an pour les lentilles



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

TITRE I

Formation - Dénomination - Durée - Objet Composition - Siège Social

Article 1. Constitution

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

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

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2. Objet

L'Association GPST a pour objet :

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

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3. Membres

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

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

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

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves.

La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

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

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

Article 4. Siège social

Le Siège Social est fixé 65-67, rue de la Victoire – 75009 Paris. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

TITRE II

Administration

Article 5. Composition du Conseil d'Administration

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

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

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

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

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs

des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

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

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

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

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

Article 6. Membres du Bureau

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

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

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

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

Article 7. Fonctionnement du Conseil d'Administration

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an. Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

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

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

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

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

Article 8. Pouvoirs du Conseil d'Administration

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

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

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

Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur.

Article 9. Représentation en justice

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

TITRE III

Assemblées générales ordinaires et extraordinaires

Article 10. Composition des Assemblées

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

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

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la

faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur. Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

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

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

Article 11. Convocation – Quorum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

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

Article 13. Procès-verbal

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

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

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

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

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

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

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

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

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

Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

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

Article 16. Règlement Intérieur

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

TITRE IV

Ressources – Dépenses – Comptes

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

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

Article 18. Dépenses

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

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

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

Article 19. Comptes annuels

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

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

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

Article 20. Commissaires aux comptes

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

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

TITRE V

Dissolution – Divers

Article 21. Dissolution de l'Association

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

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

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° EQ2000CNII+_01/2016

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 – 91, rue du Faubourg Saint-Honoré – 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 22 469 320 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 :

MUTUA GESTION
BP 90051 – 54 bis av. Jacques Douzans
31602 MURET Cedex

Le contrat groupe est géré dans le cadre des conventions n° **AC 491018, AC 491019 et 491021**.

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).

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, qu'elle 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 acceptée.

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 en adressant à Néoliane Santé & Prévoyance, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion, une lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure. En cas de 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 pris 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, 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), 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 pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1^{er} jour qui suit le 1^{er} anniversaire du départ.

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 pour une durée supérieure à un an,
- 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) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties (EQ2000CTGI+_01/2016).

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. Ils 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 par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion. Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un recalcul des plafonds annuels (proratization). Toutefois, un changement de niveau de garantie 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 remboursements.

Hors échéance principale : L'adhérent a la possibilité de demander par écrit un changement de niveau lui permettant de bénéficier d'un niveau de garantie supérieur. La modification des garanties de l'adhérent et ses ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.

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

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

À la demande de l'assureur

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

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

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

NOTICE D'INFORMATION (suite)

Article 14. Ajout ou sortie des ayants droit

À l'échéance principale :

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un ayant droit à la date d'échéance principale de l'adhésion, en prévenant l'assureur au plus tard 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 justificatives 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 justificatives 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.

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. 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 : MUTUA GESTION – Néoliane Santé & Prévoyance BP 90051 – 54 bis av. Jacques Douzans 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 : MUTUA GESTION – Néoliane Santé & Prévoyance BP 90051 – 54 bis av. Jacques Douzans 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 : MUTUA GESTION – Néoliane Santé & Prévoyance – BP 90051 – 54 bis av. Jacques Douzans – 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

PPour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à MUTUA GESTION – Néoliane Santé & Prévoyance – BP 90051 – 54 bis av. Jacques Douzans – 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'appliquent 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 et procédure de médiation

Examen des réclamations

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

Néoliane Santé 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 :

MUTUA GESTION – Néoliane Santé & Prévoyance
BP 90051 – 54 bis av. Jacques Douzans
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. 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 référencé AC 491018, AC 491019 et 491021, effectuée en date du..... ». (date de la signature de la demande d'adhésion).

Fait à, le.....
(Signature)

Article 25. Vente à distance : conclusion de l'adhésion et droit de renonciation

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

Modalité de conclusion de l'adhésion

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

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

Droit de renonciation

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 AC 491018, AC 491019 et 491021, 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.

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT F 14 S 0393

CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance, définies ci-après, sont assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL

S.A. au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré.

Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre au numéro 433 012 689 - Siège social : 108, Bureaux de la Colline - 92213 Saint-Cloud cedex.

Vous pouvez bénéficier des prestations d'assistance dès votre souscription au contrat et aussi longtemps que vous êtes assuré à ce titre.

La garantie d'assistance s'applique en France métropolitaine.

Est assuré au titre du présent contrat, tout adhérent au contrat d'assurance santé. L'adhérent doit avoir sa résidence principale en France métropolitaine.

DÉFINITIONS

Adhérent : Toute personne physique, ayant adhéré au contrat d'assurance santé Néoliane INITIAL+.

Aide à domicile/aide-ménagère : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement (ménage et courses).

Animaux de compagnie : Animaux considérés usuellement comme « familiers », tels que chiens et chats.

Assuré : Personnes physiques qui peuvent bénéficier des garanties du présent contrat. Il s'agit de l'adhérent et de ses proches parents (définis ci-dessous). Les proches parents sont bénéficiaires du présent contrat tant que dure la couverture de l'adhérent.

Bénéficiaire : Adhérent ou proches parents.

Concubin notoire : Personne, de sexe différent ou de même sexe, vivant en couple avec l'adhérent dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

Conjoint : Personne mariée à l'adhérent ; il s'agit d'une union légalement constatée entre un homme et une femme en vue de vivre en commun et de fonder une famille ou un foyer.

Domicile fiscal : Correspond au foyer ou au lieu de séjour principal.

France : France métropolitaine.

Franchise : Part des dommages qui restent à la charge de l'assuré.

Hospitalisation : Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

Immobilisation : Est considérée comme immobilisée, toute personne se trouvant dans l'impossibilité physique de se déplacer.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Partenaire de PACS : Personne avec laquelle l'adhérent a conclu un pacte civil de solidarité (PACS). Il s'agit d'un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Proches parents : Le conjoint de l'adhérent ou son concubin notoire ou le partenaire avec lequel l'adhérent a conclu un PACS, ses ascendants et descendants au 1^{er} degré.

Sinistre : Tout événement justifiant l'intervention de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

Titre de transport : Pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe touristique.

COMMENT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS ?

FILASSISTANCE INTERNATIONAL est accessible 24h sur 24 et 7j sur 7 et délivre les prestations en France métropolitaine.

Pour bénéficier de ces prestations, il est indispensable de contacter FILASSISTANCE INTERNATIONAL au numéro de téléphone suivant :

09 77 40 21 93

préalablement à toute intervention dans les 5 jours suivant l'événement, afin d'obtenir un numéro de dossier, qui seul justifiera une prise en charge des interventions en rappelant le n° de contrat : **F 14 S0393**.

À défaut de respecter ce délai, sauf cas fortuit ou force majeure, l'assuré s'expose à un refus de prise en charge du sinistre.

Les informations transmises par FILASSISTANCE INTERNATIONAL sont des informations d'ordre général et communiquées dans le respect de la déontologie médicale des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

Les prestations d'informations sont uniquement téléphoniques et ne font en aucun cas l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique est alors pris sous 48 heures.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES DÈS LA SOUSCRIPTION

INFORMATIONS SANTÉ

Du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (et 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en cas de nécessité urgente), l'équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE INTERNATIONAL, dans le respect du rôle du médecin traitant, apporte aide et conseil dans les domaines de la santé (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone).

À la demande de l'assuré,
FILASSISTANCE INTERNATIONAL :

Apprécie les interrogations, préoccupations ou problèmes de santé de l'assuré compte tenu des informations communiquées ;

Communique des informations générales sur :

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

Communique des informations générales sur la santé au quotidien :

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

Communique des informations générales sur le Bien Vivre :

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

Délivre des informations en matière de :

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

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

INFORMATION VIE PRATIQUE ET JURIDIQUE

Du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (et 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en cas de nécessité urgente), FILASSISTANCE INTERNATIONAL apporte aide et informations dans les domaines vie pratique et juridique (sociétés, affaires, allocations retraite, impôts, fiscalité, famille).

PARCOURS DE SOINS

L'équipe de FILASSISTANCE INTERNATIONAL :

Informe l'assuré sur les différentes possibilités de couverture et de prise en charge en matière d'assurance maladie, invalidité, décès,... et l'aide dans les démarches (aide à la constitution de dossier). L'équipe de FILASSISTANCE INTERNATIONAL informe l'assuré sur les démarches et les recours possibles en cas de désaccord avec un professionnel de santé (sans prise en charge financière).

Aide à la recherche de :

- Professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux.
- Établissements de santé : hôpitaux, cliniques, centres de thermalisme, de convalescence, de repos,...
- Ambulanciers : transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger.
- Fournisseurs en matériel médical.

Aide et conseille l'assuré dans l'analyse de devis :

Le service d'aide à l'analyse de devis de FILASSISTANCE INTERNATIONAL est accessible du lundi au samedi de 8h à 20h et est structuré en trois domaines : prothèse dentaire et orthodontie, lunettes et lentilles cornéennes, prothèse auditive. À la demande de l'assuré, FILASSISTANCE INTERNATIONAL l'informe, dans le respect de la confidentialité du traitement des données médicales, sur le contenu des devis que lui soumet l'assuré (avantages, inconvénients, solutions alternatives) et sur leur prix par rapport à ses tarifs de référence.

LES SERVICES À LA CARTE (ACCÈS AUX SERVICES À LA PERSONNE ET AUX SERVICES DIVERS)

Ces services sont accessibles à tout moment, FILASSISTANCE INTERNATIONAL aide à la recherche du prestataire et se charge de la mise en relation si nécessaire, sous réserve des disponibilités locales :

- Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- Télésécurité, garde du domicile (vigile).
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT F 14 S 0393

CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service "blanchisserie".
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du domicile ...).

FILASSISTANCE INTERNATIONAL vous indique quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE À DOMICILE DE L'ASSURÉ OU DE SON CONJOINT, DU CONCUBIN OU DU PARTENAIRE DE PACS (CI-APRÈS ENSEMBLE DÉSIGNÉS « L'ASSURÉ »)

RECHERCHE D'UN MÉDECIN

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

Toutefois, en dehors des situations d'urgence, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 FILASSISTANCE INTERNATIONAL apporte son aide, en l'absence du médecin traitant, pour trouver un médecin de garde sur le lieu où survient la maladie. En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible. De plus, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical.

Les frais de visite ou autres restent à la charge de l'assuré.

ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS

Sur appel de l'assuré, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge l'acheminement de médicaments à son domicile, si celui-ci est dans l'incapacité physique de se déplacer et s'il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat de l'assuré selon la prescription médicale. Cette garantie s'applique si l'assuré ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le renouvellement d'ordonnance.

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

Le coût du ou des médicaments est pris en charge financièrement par l'assuré. Cette prestation s'applique dans la limite de 2 interventions par an par assuré.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 3 JOURS DE L'ASSURÉ OU DU CONJOINT, DU CONCUBIN OU DU PARTENAIRE DE PACS (CI-APRÈS ENSEMBLE DÉSIGNÉS « L'ASSURÉ »)

AIDE À DOMICILE

Afin de soulager l'assuré dans ses tâches et démarches quotidiennes, FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à sa disposition une aide à domicile, **pendant les 10 jours ouvrés suivant son hospitalisation.**

FILASSISTANCE INTERNATIONAL prend en charge sa rémunération dans la limite de 8 heures dans les conditions ci-dessous :

- Un certificat médical doit être adressé à FILASSISTANCE INTERNATIONAL avant la mise en œuvre de la prestation.
- La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'assuré, par le service médical de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

Par hospitalisation imprévue, il faut entendre toute hospitalisation consécutive à un accident ou une maladie dont la survenance n'était pas connue 5 jours avant son déclenchement.

PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

En cas d'hospitalisation de l'assuré à plus de 50 Km de son domicile, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge le transport d'un proche, résidant en France Métropolitaine, en mettant à sa disposition un **titre de transport Aller / Retour.**

GARDE DES ANIMAUX FAMILIERS (chiens, chats)

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des animaux de compagnie sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires.

La prise en charge ne peut excéder une période de 15 jours.

À l'issue de la garde organisée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, le retour à domicile (*) de l'animal peut être organisé et pris en charge, à condition qu'il ait lieu dans un **rayon de 25 km Aller / Retour maximum.**

(*) Correspond au domicile fiscal de l'assuré.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ OU DU CONJOINT, DU CONCUBIN OU DU PARTENAIRE DE PACS (CI-APRÈS ENSEMBLE DÉSIGNÉS « L'ASSURÉ »)

MISE À DISPOSITION DE COURRIERS TYPES

En cas de décès d'un proche parent, FILASSISTANCE INTERNATIONAL assure la mise à disposition de l'assuré des « courriers types » nécessaires aux organismes et administrations et lui communique, le cas échéant, leurs coordonnées pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates dans les domaines suivants :

- Employeurs, PÔLE EMPLOI locales ou Caisse de retraite selon la situation du défunt.
- Établissements bancaires.
- Compagnie d'électricité, compagnie des eaux, opérateurs de téléphonie, divers assureurs (automobile, vol MRH, etc...).
- Mutuelles et Caisses de retraite principales et complémentaires.
- Le Centre des Impôts.
- La Sécurité sociale.

AVANCE DES FRAIS D'INHUMATION

Si les proches parents ne peuvent pas régler les frais d'inhumation, FILASSISTANCE INTERNATIONAL fait l'avance à **concurrence de 2000 euros** contre remise d'un chèque de caution.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL accorde au proche parent ayant bénéficié de cette prestation un délai de 30 jours à compter du jour de la remise de l'avance pour le remboursement de cette dernière.

ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Sur simple appel de l'assuré, lors de la survenance du décès d'un de ses proches parents, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut le mettre en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

QUELLES SONT LES EXCLUSIONS ?

Exclusions communes

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut intervenir pour l'organisation des premiers secours, qui restent à la charge des autorités locales. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Assuré lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE INTERNATIONAL les conséquences :

- De tentative de suicide de l'Assuré pendant la 1^{ère} année du contrat
- Des états résultant de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- D'un état d'alcoolémie supérieur au taux légal de tolérance,
- De la pratique d'un sport à titre professionnel, à titre de loisir dans le cadre d'une compétition ou d'une tentative de record et leurs essais, et d'une manière générale, les conséquences de la pratique d'un sport aérien, marin ou entraînant l'utilisation d'engins motorisés,
- Des infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (notamment faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré, la participation à un crime ou un délit).

Sont également exclus les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel engagés à l'initiative de l'Assuré sans l'accord préalable de FILASSISTANCE INTERNATIONAL (sauf en cas de force majeure), ainsi que :

- les frais occasionnés par les interruptions volontaires de grossesse et les complications qui peuvent y être liées,
- les frais résultant de la complication d'un état de grossesse et dans tous les cas les frais occasionnés par des états de grossesse au delà du 6^{ème} mois,
- les frais consécutifs à une maladie chronique ou à une maladie mentale,
- toute intervention volontaire pour convenance à l'étranger,
- les interventions ou traitements d'ordre esthétique,
- les cures thermales,
- les frais de prothèse en général,
- les frais d'optique,

Exclusions des prestations d'assistance

Cependant, FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut pas être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués :

- Par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non,
- Par la mobilisation générale,
- Par réquisition des hommes et du matériel par les autorités,
- Par tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées,
- Par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc.,
- Par les cataclysmes naturels,
- Par les effets de la radioactivité,
- Par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat,
- Par les interdictions décidées par les autorités légales.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Assuré lors de la durée de la garantie, excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Toute fraude, falsification ou faux témoignages intentionnels permettra à FILASSISTANCE INTERNATIONAL d'opposer à l'Assuré la nullité de sa garantie assistance.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite « informatique et libertés », modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à FILASSISTANCE – Correspondant CNIL, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

Néoliane

INITIAL+

La solution santé idéale

EQ2000CNH+_01/2016 – Janvier 2016

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