

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane
PRÉVOYANCE



NOTICE D'INFORMATION

Indemnités journalières en cas
d'hospitalisation –
Capital Décès et PTIA
Valant dispositions générales
+ assistance IMA

IJH : Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation

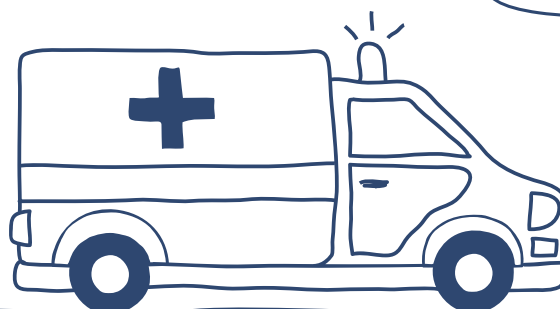
Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence. Pour faire face au quotidien, bénéficiez du versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident.





À partir de 2,35 € par mois,

vous bénéficiez des avantages suivants :

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



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

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2016

Caractéristiques de l'offre IJH :

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



Isabelle, 62 ans – Lille

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

ils ont su gérer
des dépenses
inattendues



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

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



Marie, 27 ans – Perpignan

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

NOTICE D'INFORMATION

Garantie Hospitalisation en cas d'accident

Article 1. L'objet de votre contrat

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

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

Article 2. Définitions

Souscripteur : L'Association

Organisme Assureur : La Mutuelle UMC

Adhérent : Personne physique souscripteur de la demande d'adhésion

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

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

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

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

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

Article 3. Durée et effet du contrat collectif

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

Article 4. La garantie

Allocation hospitalisation en cas d'accident

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

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

Article 5. L'adhésion au contrat

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

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

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

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

Article 6. La vie de l'adhésion

Effet des garanties :

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

Modification des garanties :

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

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

Cessation des garanties : les garanties cessent :

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

Résiliation de l'adhésion :

Par l'adhérent :

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

Par l'assureur :

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

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

Article 7. Délai de renonciation

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, vous pouvez renoncer au présent contrat dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où vous avez reçu 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.

Vous pouvez adresser une demande écrite à Néoliane Santé & Prévoyance, 455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice.

« Je soussigné(e) M. M^{me}

Nom :

Prénom :

Adresse :

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

Ville :

N° Adhérent :

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

date et signature

Article 8. Le paiement de la cotisation

Mode de calcul :

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

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

Mode de paiement de la cotisation :

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

Défaut de paiement :

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

Article 9. Ce que ne couvre pas le contrat

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

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

Garantie Hospitalisation en cas d'accident

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

Article 10. La déclaration d'accident entraînant une hospitalisation

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

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

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

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

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

Toute prolongation d'hospitalisation nécessite un certificat de prolongation qui doit parvenir à l'assureur dans les 15 jours et précisant qu'il s'agit de la suite du même accident, ainsi que la durée de la prolongation. À la demande de l'assureur, l'assuré fournira sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'assureur un rapport médical de son médecin traitant.

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

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

Article 11. Contrôle de l'assuré

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

Article 12. Territorialité

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

Article 13. Prescription

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

Cette prescription est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur par l'adhérent, l'assuré ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation ou adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.

Article 14. Litiges médicaux

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

Article 15. Informatique et libertés

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

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

Article 16. Examen des réclamations et procédure de médiation

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez votre intermédiaire privilégié Néoliane Santé & Prévoyance à l'adresse suivante :

par mail : adherents@neoliane.fr

ou par courrier :

Néoliane Santé et Prévoyance – Service clients – 455 Promenade des Anglais
Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice.

Il est en mesure d'étudier toutes vos questions et demandes.

Si un désaccord persiste, les adhérents ont la faculté de faire appel au Médiateur de la Mutuelle UMC – Monsieur le Médiateur – 35, rue Saint Sabin – 75011 PARIS ou au médiateur de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française) à l'adresse suivante :

FNMF – Service Médiateur
255 rue de Vaugirard – 75015 PARIS

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.

La mutuelle UMC et le Courtier s'engagent à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

L'avis rendu par le médiateur de la Mutuelle UMC sera écrit et motivé.

Article 17. Autorité de contrôle

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

Assistance pour la Garantie Hospitalisation en cas d'accident

1. Conditions d'application des garanties

1.1 Faits générateurs

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

1.2 Intervention

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

05 49 76 66 30 ou 00 33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger.

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

1.2.1 Délai de demande d'assistance

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

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

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

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

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

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

1.2.2 Application des garanties

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

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

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

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

1.2.3 Territorialité

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

1.3 Pièces justificatives

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

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

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

2.1 Aide ménagère

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

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

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

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

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

• Le déplacement d'un proche*

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

• Le transfert des enfants*

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

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

• La garde des enfants*

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

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

3. Garanties complémentaires

3.1 Informations médicales

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

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

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

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

4. Limitations et exclusions à l'application des garanties

4.1 Infraction

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

4.2 Force majeure

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

4.3 Exclusions

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

5. Vie du contrat

5.1 Durée des garanties

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

5.2 Résiliation

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

5.3 Subrogation

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

5.4 Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

5.5 Protection des données personnelles

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

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

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

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

5.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris – 79000 NIORT ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances), 9 rue de Saint-Petersbourg – 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

Définitions

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

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

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

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

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

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

Capital Décès et PTIA* par accident

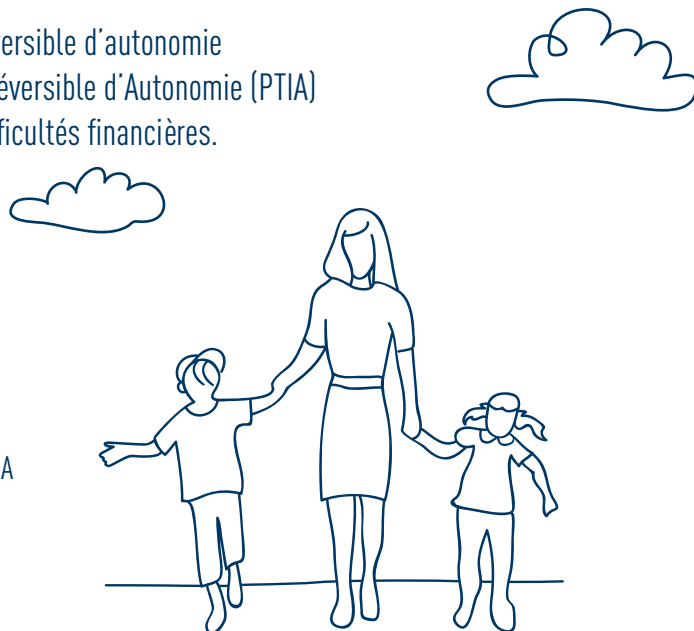
Cette formule couvre les risques de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie suite à un accident. La garantie Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) par accident est la solution pour mettre vos proches à l'abri des difficultés financières.



À partir de 3,78 € par mois,

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

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

*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie



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

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2016 – (2) dans les limites fiscales en vigueur

Caractéristiques de l'offre Capital Décès / PTIA :

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

ils ont fait
le choix
de protéger
leur famille



Jean-François, 30 ans, marié – Nice

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



Sébastien, 41 ans, parent isolé – Paris

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

NOTICE D'INFORMATION

Garantie Décès – PTIA en cas d'accident

Article 1. L'objet de votre contrat

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

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

Article 2. Définitions

Souscripteur : L'Association

Organisme assureur : La Mutuelle UMC

Adhérent : Personne physique souscripteur de la demande d'adhésion

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

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

Article 3. Durée et effet du contrat collectif

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

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

Article 4. La garantie

Décès accidentel

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

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie – PTIA accidentelle

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

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

Article 5. L'adhésion au contrat

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

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

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

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

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

Article 6. La vie de l'adhésion

Effet des garanties :

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

Modification des garanties :

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

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

Cessation des garanties :

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

Résiliation de l'adhésion :

Par l'adhérent :

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

Par l'assureur :

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

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

Article 7. Délai de renonciation

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, vous pouvez renoncer au présent contrat dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où vous avez reçu 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.

Vous pouvez adresser une demande écrite à Néoliane Santé & Prévoyance, 455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice.

« Je soussigné(e) M. M^{me}

Nom :

Prénom :

Adresse :

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

N° Adhérent :

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

date et signature

Article 8. Le paiement de la cotisation

Mode de calcul :

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

Mode de paiement de la cotisation :

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

Défaut de paiement :

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

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

Garantie Décès – PTIA en cas d'accident

Article 9. Ce que ne couvre pas le contrat

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

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

Article 10. La déclaration d'accident

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

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

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

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

En cas de décès accidentel :

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

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

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

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

Article 11. Contrôle de l'assuré

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

Article 12. Territorialité

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

Article 13. Prescription

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

Article 14. Litiges médicaux

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

Article 15. Informatique et libertés

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

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

Article 16. Examen des réclamations

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez votre intermédiaire privilégié Néoliane Santé & Prévoyance à l'adresse suivante :

par mail : adherents@neoliane.fr

ou par courrier :

Néoliane Santé et Prévoyance – Service clients – 455 Promenade des Anglais
Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice.

Il est en mesure d'étudier toutes vos questions et demandes.

Si un désaccord persiste, les adhérents ont la faculté de faire appel au Médiateur de la Mutuelle UMC – Monsieur Le Médiateur – 35, rue Saint Sabin – 75011 PARIS ou au médiateur de la FNM (Fédération Nationale de la Mutualité Française) à l'adresse suivante :

FNM – Service Médiateur
255 rue de Vaugirard
75015 PARIS

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.

La mutuelle UMC et le Courtier s'engagent à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

L'avis rendu par le médiateur de la Mutuelle UMC sera écrit et motivé.

Article 17. Autorité de contrôle

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

Assistance Capital Décès / PTIA par accident

1. Conditions d'application des garanties

1.1 Faits générateurs

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

1.2 Intervention

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

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

1.2.1 Délai de demande d'assistance

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

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

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

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

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

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

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

1.2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué. Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

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

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

1.2.3 Territorialité

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

1.3 Pièces justificatives

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

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

2.1 Aide ménagère

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

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

2.2 Transfert et garde d'animaux domestiques familiers

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

2.3 Mise en relation avec un prestataire funéraire

IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire funéraire à la famille.

Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

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

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

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

2.5 Aide à la rédaction des documents administratifs

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

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

3.1 Aide ménagère

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

3.2 Transfert et garde d'animaux domestiques familiers

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

4. Limitations et exclusions à l'application des garanties

4.1 Infraction

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

4.2 Force majeure

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

4.3 Exclusions

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

5. Vie du contrat

5.1 Durée des garanties

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

5.2 Résiliation

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

5.3 Subrogation

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

5.4 Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

5.5 Protection des données personnelles

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

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

5.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris – 79000 NIORT ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances), 9 rue de Saint-Petersbourg – 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

Définitions

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

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

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

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

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

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

TITRE I

Formation - Dénomination - Durée - Objet Composition - Sièges Social

Article 1. Constitution

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

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

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2. Objet

L'Association GPST a pour objet :

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

Article 3. Membres

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

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

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

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

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

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

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

Article 4. Sièges 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.

Droit de renonciation applicable au contrat prévoyance

Dans le cadre d'une vente à distance, les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclues à distance au sens de l'article L221-18 du Code de la Mutualité 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 aux dispositions de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, vous pouvez renoncer au présent contrat dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la 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. Ce délai expire le dernier jour à vingt quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié et chômé, il n'est pas prorogé. 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 charge de la preuve de la renonciation incombe à l'adhérent. La demande de renonciation doit être adressée à Néoliane Santé & Prévoyance, 455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice. Vous pouvez nous transmettre votre demande de renonciation par mail : adherents@neoliane.fr

Article L121-23

Les opérations visées à l'article L121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1° Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2° Adresse du fournisseur ;
- 3° Adresse du lieu de conclusion du contrat ;

4° Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;

5° Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;

6° Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L313-1 ;

7° Faculté de renonciation prévue à l'article L121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L121-23, L121-24, L121-25 et L121-26.

Article L121-24

Le contrat visé à l'article L121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L121-25

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

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

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L121-27.

Article L121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'Etat ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L7231-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

NOTA :

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

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

Néoliane
PRÉVOYANCE

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Conçu et 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)

Géré par **Mutua Gestion** et assuré par la **Mutuelle UMC**
(Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II
du Code de la Mutualité)
35 rue Saint Sabin 75011 Paris
SIREN 529 168 007