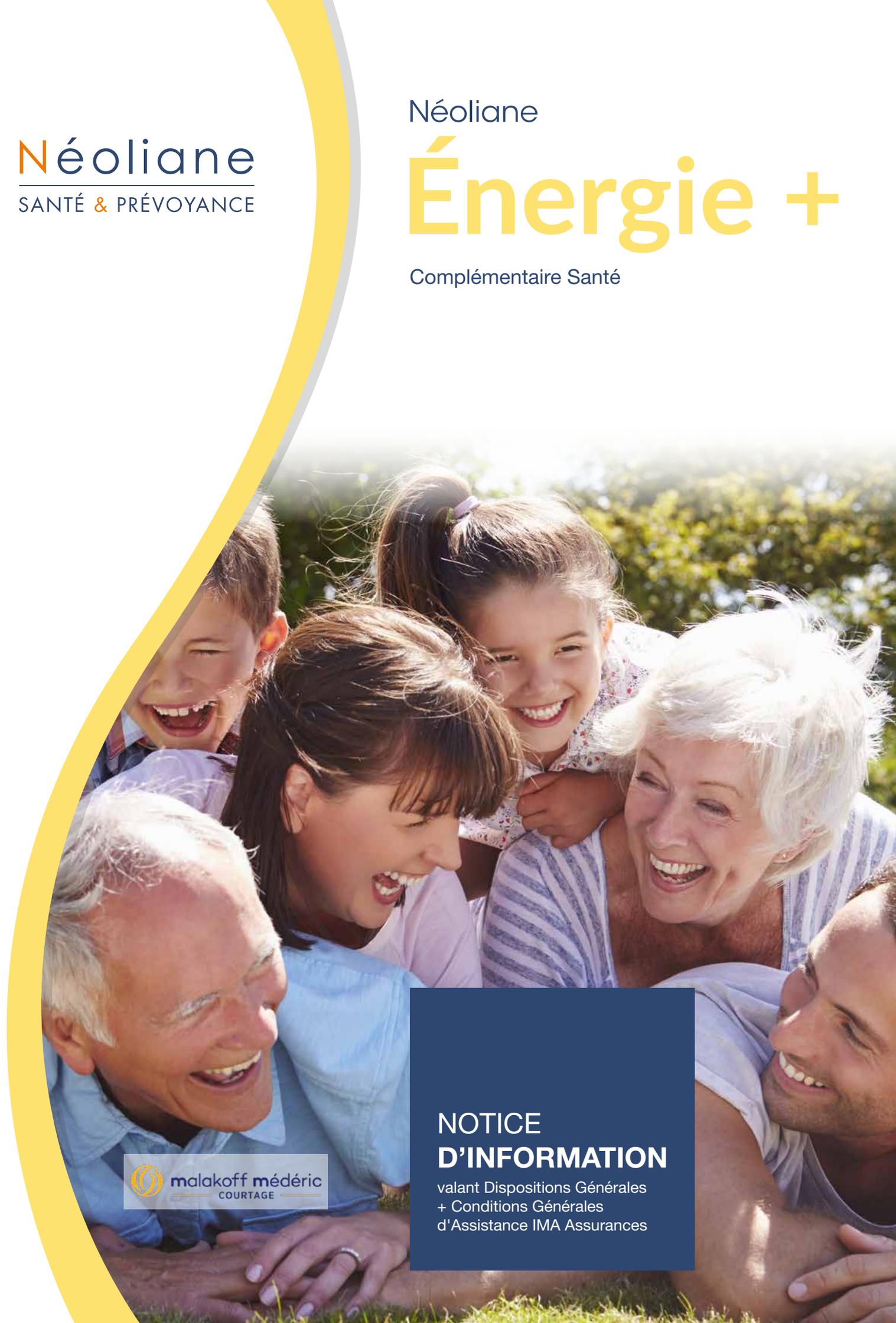


Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane

Énergie +

Complémentaire Santé



 malakoff médéric
COURTAGE

NOTICE D'INFORMATION

valant Dispositions Générales
+ Conditions Générales
d'Assistance IMA Assurances

LES POINTS FORTS DE NÉOLIANE ÉNERGIE +



UNE PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS HOSPITALIERS ADAPTÉE

- Jusqu'à 300%* des honoraires déclarés à la sécurité sociale dans le cadre de l'OPTAM – OPTAM-CO** (200% hors OPTAM)
- Forfait journalier pour la chambre particulière (de 40 € à 70 €)



UNE COUVERTURE COMPLÈTE POUR LES SOINS DE SANTÉ COURANTS

- Prise en charge des médicaments à service médical rendu faible (ex. vignettes oranges)
- Prise en charge jusqu'à 200% des consultations de médecins spécialistes adhérent à l'OPTAM et l'OPTAM-CO**



UN PRODUIT MODULABLE GRÂCE AUX RENFORTS

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



PAS DE FORMALITÉS D'ADHÉSION

- Pas de délai d'attente ni de formalités médicales

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

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



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

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

	Énergie 1	Énergie 2	Énergie 3	Énergie 4	Énergie 5
HOSPITALISATION (1)					
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires déclarés à la Sécurité sociale (2) dans le cadre d'OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	130% BR	170 % BR	250% BR	300 % BR
Honoraires déclarés à la Sécurité sociale (2) hors OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100% BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris en médecine de ville)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Forfait journalier hospitalier (3)	illimité	illimité	illimité	illimité	illimité
Chambre particulière (4) - par jour	-	40 €	50 €	60 €	70 €
SOINS DE VILLE					
Consultations / visites de généralistes dans le cadre d'OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Consultations / visites de généralistes hors OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR
Consultations / visites de spécialistes dans le cadre d'OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	175 % BR	200 % BR
Consultations / visites de spécialistes hors OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	155 % BR	180 % BR
Actes techniques médicaux (effectués en externat) dans le cadre d'OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Actes techniques médicaux (effectués en externat) hors OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Auxiliaires médicaux remboursés par le R.O (infirmiers, kinésithérapeutes...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Imagerie médicale dans le cadre d'OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Imagerie médicale hors OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Analyses - Actes de biologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport remboursés par le R.O	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée à 65% par le R.O	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 % par le R.O	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15% par le R.O	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
OPTIQUE					
Monture et verres (équipement) (5) :					
Équipement 2 verres simples	60 % BR + 52 €	60 % BR + 52 €	60 % BR + 100 € (90€ enfants)	60 % BR + 100 € (90€ enfants)	60 % BR + 100 € (90€ enfants)
Équipement 1 verre simple et 1 verre complexe	60 % BR + 126 €	60 % BR + 126 €	60 % BR + 126 €	60 % BR + 126 €	60 % BR + 126 €
Équipement 1 verre simple et 1 verre très complexe	60 % BR + 126 €	60 % BR + 126 €	60 % BR + 146 €	60 % BR + 146 €	60 % BR + 146 €
Équipement 2 verres complexes	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €
Équipement 2 verres très complexes	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 240 €	60 % BR + 240 €	60 % BR + 240 €
Équipement 1 verre complexe et 1 verre très complexe	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 220 €	60 % BR + 220 €	60 % BR + 220 €
Limitation monture	60% BR + 40€	60% BR + 40€	60% BR + 40€	60% BR + 40€	60% BR + 40€
Lentilles prescrites, remboursées ou non remboursées par le R.O (6)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE					
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie remboursée par le R.O sur la base d'un TO 90 (7) - par semestre de traitement	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèse dentaire, remboursée par le R.O, sur la base d'une prothèse de type couronne (7)	100 % BR	130% BR	170% BR	200% BR	250% BR
Supplément sur dents visibles (incisives et canines, premières prémolaires) pour les prothèses remboursés, sur la base d'une prothèse de type couronne (7)	-	25 €	25 €	50 €	50 €
Plafond global dentaire (hors soins dentaires et orthodontie) par an et par bénéficiaire, année 1 et 2	-	300 €	400 €	500 €	600 €
BONUS FIDÉLITÉ Plafond global dentaire (hors soins dentaires et orthodontie) par an et par bénéficiaire, année 3 et suivantes	-	500 €	600 €	700 €	800 €
PROTHÈSES					
Appareillage et prothèses médicales, hors appareil auditifs	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Appareil auditif remboursé par le R.O - par oreille	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	170 % BR
PRÉVENTION					
Prestations jugées prioritaires par rapport aux objectifs de santé publique (8)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

RENFORT CONFORT

Hospitalisation - Lit accompagnant	15 € / jour
Médecines additionnelles (9)	25 € / séance / max 3 séances / an
Lentilles	Forfait 60 € / an
Chirurgie réfractive ou implants multifocaux	Forfait 200 € / an
Dentaire non remboursé par le RO	Forfait supplémentaire 100 € / an
Orthodontie remboursée par le RO	Forfait supplémentaire 200 € / semestre
Prévention (vaccins, sevrage tabagique)	Forfait 30 € / an

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

- (1) En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie - Hors Chirurgie esthétique.
 (2) En établissement non conventionné la prise en charge est limitée au TM.
 (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, etc...)
 (4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 60 jours par an pour les séjours en psychiatrie.
 (5) La fréquence de remboursement pour un équipement (1 monture + 2 verres) est tous les 2 ans chez l'adulte (18 ans et plus) et tous les ans chez l'enfant (moins de 18 ans). Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature Sécurité sociale.
 (6) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

RENFORT MIEUX-ÊTRE

Forfait prothèses auditives	300 € / an
Forfait handicap (Appareil auditif, fauteuil roulant, autres prothèses)	300 € / an
Forfait cure thermale	200 € / an
Renfort optique	Forfait 50 €

Abréviations : BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective. TM = Ticket Modérateur. R.O = Régime Obligatoire (Sécurité sociale)

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

- (7) Les forfaits sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.
 (8) Prestations de prévention du contrat responsable prévues à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.
 (9) Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, tabacologue, psychologue, psychomotricien, homéopathe, diététicien, aptitude à la pratique d'un sport, étioopathe, mésothérapeute et pédicure/podologue

* Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du OPTAM - OPTAM-CO

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

		ÉNERGIE 1		ÉNERGIE 2		ÉNERGIE 3		ÉNERGIE 4		ÉNERGIE 5	
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	40 €	24 €	16 €	24 €	16 €	24 €	16 €	Remboursement intégral		Remboursement intégral	
Achat d'une paire de lunette (verres blanc multifocal, sphère de -8,00 à +8,00), tous les deux ans	350 €	247,9 €	102,1 €	247,9 €	102,1 €	247,9 €	102,1 €	287,9 €	62,1 €	287,9 €	62,10 €
Dévitalisation d'une prémolaire	48,20€	Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral	
Pose d'un inlay-core à clavette	320 €	144 €	176 €	187,3 €	132,7 €	244,9 €	75,1 €	288,1 €	31,9 €	Remboursement intégral	

 Votre remboursement (Régime Obligatoire + Néoliane ÉNERGIE +)
 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.

OPTAM et OPTAM-CO

Il s'agit des 2 dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

Dépassements d'honoraires

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

Pédicure-podologue

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

Date d'effet

Date à laquelle débute votre adhésion.

Reste à charge

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

Parcours de soins coordonnés

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

Ostéopathie

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





LE SAVEZ-VOUS ?

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



COMMENT CONTACTER L'ASSISTANCE ?

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



DANS QUELLES SITUATIONS JOINDRE L'ASSISTANCE ?

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

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

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

DÈS L'ADHÉSION

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

EN CAS D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS

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

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

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

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

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

EN CAS DE CHIMIO/RADIOTHÉRAPIE

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

EN CAS DE DÉCÈS

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

Statuts constitutifs

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 27 juin 2014

TITRE I

Formation - Dénomination - Durée - Objet Composition - Siège Social

Article 1. Constitution

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

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

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2. Objet

L'Association GPST a pour objet :

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

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3. Membres

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

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

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

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

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

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

Article 4. Siège social

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

TITRE II Administration

Article 5. Composition du Conseil d'Administration

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

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenue 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 prévu 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 la faire.

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

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

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

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

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

Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

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

Article 13. Procès-verbal

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

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

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

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

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

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

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

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

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

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

Article 16. Règlement Intérieur

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

TITRE IV

Ressources – Dépenses – Comptes

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

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

Article 18. Dépenses

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

- toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement ;
 - toutes sommes engagées pour la réalisation de son objet social et notamment les cotisations et subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.
- Les dépenses sont engagées par le Président, par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

Article 19. Comptes annuels

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

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

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

Article 20. Commissaires aux comptes

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

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

TITRE V Dissolution – Divers

Article 21. Dissolution de l'Association

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

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

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 00NICEN1212_01/2018 / 0029782 00000 000

SOMMAIRE

Lexique

Titre I Dispositions générales

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

Titre II Cotisations

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

Titre III Garanties frais médicaux et chirurgicaux

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

LEXIQUE

Dans le présent contrat les termes suivants sont utilisés :
Sauf disposition spécifique prévue à la garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'événement considéré :

L'assureur :

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

Le souscripteur :

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

L'adhérent :

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

L'assuré :

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

Le conjoint :

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

Le partenaire :

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

Le concubin :

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

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

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

Les enfants à charge :

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

A - D'une part :

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

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

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

o Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré ;

o Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 26ème anniversaire s'ils poursuivaient des études.

B - Et d'autre part :

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

ET

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

Bénéficiaires :

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

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

Accident :

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

Maladie :

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

Maternité :

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

Régime Obligatoire – RO

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

Plafond Annuel de la Sécurité sociale :

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

Prestations en nature :

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

Parcours de soins :

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

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

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

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

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

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

La franchise n'est pas remboursée par l'assureur

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

Secteur conventionné :

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le régime obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement du régime obligatoire. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements du régime obligatoire. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'assuré.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée :

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

Secteur non conventionné :

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

Service Médical Rendu (S.M.R.)

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

Base de remboursement du régime obligatoire

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

Ticket Modérateur

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

Reste à charge

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

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

Calcul de l'âge

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

Titre I – Dispositions générales

PREAMBULE

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

38-40 avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris

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

Le gestionnaire du contrat est Owliance Mutua :

Centre de gestion Néoliane
BP 90051
31602 MURET Cedex

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

1.1 OBJET DU CONTRAT

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

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

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

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

1.2 REFERENCES LEGALES

1.2.1 OBLIGATIONS DE DECLARATION

Les déclarations de l'adhérent servent de base à l'application des garanties. Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances qui prévoient :

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

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

1.2.2 PRESCRIPTION

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

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

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

- Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du Code civil)] et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

1.3 CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

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

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

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

1.4 AJUSTEMENT DU CONTRAT

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

- Modifier le contrat ;

- Réviser le tarif ;

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

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

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

1.5 CONDITIONS ET FORMALITES D'ADHESION AU CONTRAT

1.5.1 CONDITIONS D'ADHESION AU CONTRAT

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

- être adhérentes à l'Association GPST, relever du Régime Obligatoire français, être à jour du paiement de leurs cotisations au titre du Régime Obligatoire auquel elles sont affiliées,
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et de 75 ans maximum,
- être résident en France métropolitaine (dont Corse).

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

1.5.2 FORMALITES D'ADHESION AU CONTRAT

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

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

Sauf stipulations contraaires précisées au certificat d'adhésion, les garanties ne sont acquises que pour les assurés exerçant leur activité professionnelle en France métropolitaine.

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

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

1.6 MODIFICATION DE L'ADHESION

1.6.1 Modification à la demande de l'adhérent

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

Toutefois :

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

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

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

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

1.6.2 Ajout ou sortie des ayants droit

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

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

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint,
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives. Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification de l'adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

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

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

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

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

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

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

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

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

1.7 EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

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

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

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

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

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

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

1.7.2 Cessation de l'adhésion

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

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

L'adhésion au contrat prend fin pour les bénéficiaires :

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

1.8 RENONCIATION

L'assuré a la faculté de renoncer à son adhésion, si elle fait suite à un démarchage à domicile ou si elle a été conclue à distance, dans les conditions ci-après :

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

1.8.1 Démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances :

« I.- 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 pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la renonciation. L'assuré est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Le solde est remboursé par l'assureur au plus tard dans les TRENTE jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un événement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

1.8.2 Conclusion de l'adhésion à distance

Conformément à l'article L112-2-1 du Code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à courir à compter du jour de la signature du certificat d'adhésion.

1.8.3 Modèle de lettre de renonciation

Pour exercer son droit de renonciation, l'assuré peut utiliser le modèle de lettre suivant :

En cas de vente à distance

« Je soussigné(e) [NOM] [PRENOM]
n° d'adhésion [XXXXXXXX]
désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe [XXXXX] en application des dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, adhésion effectuée en date du [XX/XX/XXXX] »
(date de la signature de la demande d'adhésion), exclusivement à distance.

Fait à, le.....
(Signature)

En cas de démarchage à domicile

« Je soussigné(e) [NOM] [PRENOM]
n° d'adhésion [XXXXXXXX]
désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe [XXXXX] en application des dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, adhésion effectuée en date du [XX/XX/XXXX] ».
(date de la signature de la demande d'adhésion)

Fait à, le.....
(Signature)

1.9 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

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

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

1.10 OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

L'assuré s'oblige à l'adhésion :

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

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

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

1.11 DISPOSITIONS DIVERSES

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

1.11.1 Informatique et libertés

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par l'organisme assureur, responsable de traitement des données à caractère personnel collectées que :

1. Ses données à caractère personnel peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Médéric auquel l'organisme assureur appartient ; et ce y compris, en sa qualité d'assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion de ses risques d'assurance complémentaire santé, prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire et gestion des rentes (conformément à l'Autorisation unique de la CNIL du 23 janvier 2014 - Pack conformité assurance)

- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré,

- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou tout partenaire de l'organisme assureur ;

- o l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- o l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré;

- o l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement,

- o la proposition à l'assuré de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité et d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou les partenaires de l'organisme assureur;

- o l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

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

Le traitement des données de santé de l'assuré est soumis à son consentement exprès et préalable.

Les destinataires des données de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les personnels de l'organisme assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures, les souscripteurs du contrat.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité, et ainsi, sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical. Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux durées prévues dans le Pack Assurance. En tout état de cause, les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle puis le temps de la prescription légale en vigueur.

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données traitées.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

2. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données le concernant et peut s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, sur simple demande écrite adressée à sgil.assurances@malakoffmederic.com ou par courrier à Pôle Informatique et libertés Assurance, 21 rue Laffitte, 75317 Paris cedex 9)

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

3. Sauf opposition écrite, les informations de l'assuré peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance du Groupe Malakoff Médéric, ainsi qu'à leurs filiales et partenaires, dont la liste peut être transmise sur simple demande, à des fins de prospection commerciale. L'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

1.11.2 Organisme de contrôle de l'assureur

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

1.11.3 Réclamations - Médiation - Juridiction compétente

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

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

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

Ce service accusera réception de sa demande et seront attachés à apporter à l'adhérent une réponse dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation. Si la réponse ne peut être apportée dans un délai de 10 jours ouvrables, un accusé de réception sera adressé au client puis une réponse sera faite dans les 60 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation.

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

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

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

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

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

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

1.11.4 Subrogation

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

Titre II – Cotisations

2.1 ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION

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

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

En cas de modification :

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

nouvelle cotisation, calculée selon les critères décrits au 1er alinéa du présent paragraphe.

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

2.2 INDEXATION

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

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

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

2.3 MODALITES DE PAIEMENT

La cotisation annuelle mentionnée au certificat d'adhésion est payable à terme d'avance par l'assuré.

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

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

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

2.4 DEFAUT DE PAIEMENT

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

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

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

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

Titre III – Garanties Frais Médicaux et Chirurgicaux

3.1 OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

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

3.2 PRESTATIONS

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

NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

3.2.1 Cure thermique

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

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

3.2.2 Prestation de prévention

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

3.2.3 Actes effectués à l'étranger

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

3.2.4 Assurances cumulatives

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

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

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

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

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

- les actes référencés ou non par le régime obligatoire et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire au certificat d'adhésion ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé ;
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'adhésion de l'assuré et de ses bénéficiaires ;
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation de l'adhésion ou à la date de cessation des garanties de l'assuré et de ses bénéficiaires ;
- en cas d'hospitalisation ou de cure thermique, les frais annexes tels que notamment : téléphone, forfait internet, télévision, boissons ;
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur prévues par le code de la Sécurité sociale.

3.3 REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

Le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des décomptes du

régime obligatoire sauf lorsqu'ils sont transmis informatiquement à l'assureur par cet organisme.

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

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

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

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

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

3.3.1 Prise en charge hospitalière

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

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

3.3.2 Tiers payant

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

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

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

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

Centre de gestion Néoliane
BP 90051 – 31602 MURET Cedex.

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

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

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

Territorialité

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

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

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

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

Pièces justificatives

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

GARANTIES SANTÉ

1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES SANTE

1.1 Faits Générateurs

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

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

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 Intervention

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

1.2.1 Délai de demande d'assistance

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

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

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

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

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

1.2.2 Application des garanties

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

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

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

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

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA

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

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

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

2. GARANTIES DES LA SOUSCRIPTION

2.1 Conseil social

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

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

2.2 Informations juridiques

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

2.3 Informations médicales

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

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

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

2.4 Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical

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

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

2.5 Mise en relation avec un prestataire

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

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

3. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE, EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE ET IMMEDIATE

3.1 Aide à domicile

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

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

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

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

3.2 Présence d'un proche

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

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

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

3.3 Prise en charge des animaux domestiques

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Livraison de médicaments

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

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

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

4. GARANTIES EN CAS D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT

4.1 Soutien psychologique

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

IMA ASSURANCES organise et prend en charge selon la situation :

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

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

5. GARANTIES EN CAS DE RADIOTHERAPIE / CHIMIOOTHERAPIE

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

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

5.1 Aide à domicile

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

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

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

6. GARANTIES LIÉES AU DÉCÈS

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

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

6.1 Aide à la recherche d'un prestataire funéraire

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

6.2 Accompagnement suite au décès

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

6.3 Avance de fonds

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

7. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

7.1 Infraction

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

7.2 Fausse déclaration

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

7.3 Force majeure

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

7.4 Refus du bénéficiaire

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

7.5 Exclusions

Exclusions pour les garanties d'assistance domicile

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

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

Exclusions pour les garanties décès

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

Les décès consécutifs :

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

8. VIE DU CONTRAT

8.1 Durée des garanties

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

8.2 Résiliation

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

8.3 Subrogation

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

8.4 Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

2. En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

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

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

8.5 Protection des données personnelles

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

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

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

8.6 Réclamation et médiation

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

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante :

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

DEFINITIONS

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

• Accident corporel

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

• Adhérent

Adhérent ayant souscrit un contrat Néoliane Initial + auprès de NEOLIANE SANTE

• Animaux domestiques

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

Chats,

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

• Bénéficiaire des garanties d'assistance

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

• Centre de convalescence

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

• Domicile

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

• France

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

• Hospitalisation

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

• Hospitalisation imprévue

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

• Immobilisation imprévue

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

• Maladie

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

Néoliane

Énergie +

Complémentaire Santé

Néoliane

SANTÉ & PRÉVOYANCE

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

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

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

Pour répondre à chacun
de vos besoins opérationnels :
www.neoliane.fr/extranet