néoliane



Prévoyance

PREPAR-IARD
ASSURANCE

NOTICE D'INFORMATION

Indemnités journalières en cas d'hospitalisation
Capital Décès et PTIA
VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES
+ Conditions générales d'Assistance FILASSISTANCE



LES SOLUTIONS POUR LA PRÉVOYANCE

IJH : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION PAR ACCIDENT :

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

À PARTIR DE 2,98 € PAR MOIS, VOUS BÉNÉFICIEZ DES AVANTAGES SUIVANTS :

- ✓ Versement d'une allocation allant jusqu'à 200 € / jour ;
- ✓ Durée maximum de garantie : 1 an ;
- ✓ Couverture jusqu'à l'âge de 82 ans inclus ;
- ✓ Possibilité d'assurer vos enfants.

CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE IJH :

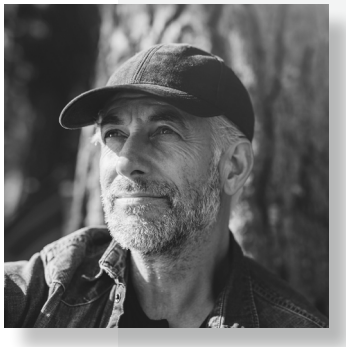
- ✓ Aucune formalité médicale ;
- ✓ Franchise de 24 heures ;
- ✓ Allocation totalement exonérée d'impôts ;
- ✓ Formule cumulable à tout type de garantie ;
- ✓ Offre accessible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion.

	Allocation	Cotisation mensuelle par Assuré[1]
IJ 15	15€ /jour	2,98 €
IJ 20	20 € /jour	3,41 €
IJ 25	25 € /jour	3,84 €
IJ 40	40 € /jour	5,13 €
IJ 50	50 € /jour	6,00 €
IJ 60	60€ /jour	6,86 €
IJ 70	70 € /jour	7,72 €
IJ 75	75 € /jour	8,16 €
IJ 80	80 € /jour	8,59 €
IJ 90	90 € /jour	9,45 €
IJ 100	100 € /jour	10,31 €
IJ 110	110 € /jour	11,18 €
IJ 120	120 € /jour	12,04 €
IJ 125	125 € /jour	12,47 €
IJ 130	130 € /jour	12,90 €
IJ 140	140 € /jour	13,77 €
IJ 150	150 € /jour	14,63 €
IJ 160	160 € /jour	15,49 €
IJ 175	175 € /jour	16,79 €
IJ 180	180 € /jour	17,22 €
IJ 190	190 € /jour	18,08 €
IJ 200	200 € /jour	18,95 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/07/2024

Prévoyance

ILS ONT SU GÉRER
DES DÉPENSES INATTENDUES



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

François, 62 ans – Calais

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

Sophie, 27 ans – Marseille





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

Laurent et Audrey, 45 et 42 ans, et Lucie, 9 ans – Nice

néoliane

Prévoyance

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES NÉOLIANE HOSPI'ACCIDENT

GARANTIE HOSPITALISATION EN CAS D'ACCIDENT RÉF. 2/013

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance prévoyance **NÉOLIANE HOSPI'ACCIDENT** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances. Ce contrat est dénommé ci-après le « Contrat groupe ».

Une adhésion au Contrat groupe est composée des documents suivants :

- **Le bulletin d'adhésion signé par le demandeur à l'assurance ;**
- **La présente Notice d'information qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du Contrat groupe ;**
- **Le certificat d'adhésion qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.**

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le Contrat groupe auquel les parties s'engagent. Elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres. En cas de modification des garanties (cf. Article 10 « Modification des garanties»), la dernière lettre ayant valeur d'avenant au certificat d'adhésion, adressée à l'Adhérent, vient compléter l'ensemble de ces documents. Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférent sera du ressort exclusif des Tribunaux français.

L'Assureur et co-concepteur du Contrat groupe est **PREPAR-IARD**, SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurances – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le N° 343 158 036 – Siège social : Immeuble Le Village, Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex, ci après dénommé « **l'Assureur** ».

Le Souscripteur est l'**Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous**, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social se situe au 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, ci-après dénommée l'« **ASSOCIATION GPST** ». L'Association GPST souscrit auprès de PREPAR-IARD ce Contrat groupe au profit de ses Adhérents.

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nice sous le N° B 510 204 274 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr) – Siège social : 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3, ci-après dénommé le « Courtier ».

L'Assureur délègue la gestion des garanties du Contrat groupe à **MUTUA GESTION**, Société par actions simplifiée unipersonnelle au capital de 4 300 000€ – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulouse sous le N° 788 998 078 – Immatriculée au Registre des intermédiaires en assurance tenu par l'ORIAS sous le N° 13 007 119 – Siège social : 187 Avenue Jacques Douzans - BP 90051 - 31600 MURET, ci-après dénommé le « **Gestionnaire ou Centre de Gestion Néoliane** ».

Le co-concepteur et co-distributeur du Contrat groupe est **GROUPE SANTIANE HOLDING (GSH)**, SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – 30/32 Boulevard de Vaugirard- 75015 PARIS – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) – Intervient en qualité de co-courtier de Néoliane Santé.

Les sociétés **GSH, NÉOLIANE SANTÉ et PREPAR-IARD** sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. Elles s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat groupe.

DÉFINITIONS

Accident : Toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré. **Ne sont pas considérés comme Accident au sens du présent Contrat, les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les attaques et les hémorragies cérébrales.**
Par ailleurs, toute blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un Accident, ne peut être considérée comme un Accident.

Adhérent : La personne physique majeure signataire de la demande d'adhésion et répondant aux conditions d'adhésion telles qu'énoncées dans l'Article 2 « Conditions d'adhésion ».

Allocation : Somme forfaitaire déterminée par avance destinée à compenser des préjudices financiers directs ou indirects liés à une Hospitalisation provoquée par un Accident.

Assurés : Personnes physiques habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même, son Conjoint et ses Enfants inscrit le cas échéant sur la demande d'adhésion.

Conjoint : Personne âgée à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et jusqu'à 75 ans inclus, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance ;
Est considéré comme Conjoint :

- **la personne avec laquelle l'Adhérent est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement ;**
- **le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs**

ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, devra être adressée au Gestionnaire sur demande ;
- **le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) conclu avec l'Adhérent.**

Franchise : Période minimale de 24 heures d'hospitalisation à la suite d'un accident, en deçà de laquelle la garantie ne pourra être mobilisée. Une fois cette période écoulée, la garantie est susceptible de s'appliquer pour la durée totale de l'hospitalisation, incluant cette période de 24h.

Hospitalisation : Tout séjour, d'au moins 24 heures continues, dans un établissement de soins public ou privé, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement les conséquences d'un Accident. **Ne sont pas considérées comme des Hospitalisations au sens du présent Contrat : les Hospitalisations de jour, à domicile, en gérontologie, en gériatrie, non prises en charge par la Sécurité sociale, en établissements thermaux, d'hydrothérapie, de thalassothérapie, de repos, de convalescence, en maison de santé ou de rééducation, de psychothérapie, en établissements psychiatriques ou en maison de retraite ou hospice.**

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers. **Les affections aigües ou chroniques : lumbagos, tour de rein, sciatiques, lombosciatalgies, déchirures, entorses, hernies sont considérées comme des Maladies et non comme des Accidents, sauf si l'Assuré apporte la preuve qu'elles sont la conséquence directe d'un Accident garanti.**

Sinistre : La réalisation d'un évènement prévu au Contrat groupe. Au titre de la garantie, constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des déclarations de Sinistre résultant d'un même Accident.

ARTICLE 1 - OBJET DE L'ADHÉSION

Le présent Contrat groupe a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'Hospitalisation de l'Assuré, consécutive à un Accident. L'Allocation versée est égale au montant garanti à la date de l'Accident. Cette Allocation, payable mensuellement à terme échu, est versée au plus tôt, après une période d'Hospitalisation, appelée période de Franchise, égale à 24 heures continues. La durée maximum de cette garantie, y compris la Franchise, ne pourra excéder 365 jours.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission au présent Contrat groupe en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :
- **Être Adhérentes à l'Association GPST dont les frais d'adhésion sont prélevés en même temps et selon la même périodicité que la cotisation d'assurance (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle). À ce titre, l'Adhérent reçoit une copie des statuts de l'Association ;**
- **Être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion d'au moins 18 ans et de 75 ans maximum, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance ;**
- **Être résidentes en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie.**

ARTICLE 3 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur à l'assurance, après avoir reçu sur support durable et pris connaissance de la présente Notice d'information et du document d'information normalisé sur le produit d'assurance (IPID), remplira avec soin une demande d'adhésion au sein de laquelle il choisit son niveau de garanties selon les formules proposées. Il pourra ajouter, s'il le souhaite :
- **Son Conjoint âgé de 18 ans minimum à 75 ans inclus maximum.**
- **Ses Enfants :**
  - **âgés au maximum de 26 ans inclus ;**
  - **sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005 ;**
  - **reconnus à charge du conjoint, du concubin ou du partenaire de pacs tels que définis ci-dessus.**

Le demandeur devra également indiquer le niveau d'indemnisation qu'il a choisi (15€/jour, 20€/jour, 25€/jour, 40€/jour, 50€/jour, 60€/jour, 70€/jour, 75€/jour, 80€/jour, 90€/jour, 100€/jour, 110€/jour, 120€/jour, 125€/jour, 130€/jour, 140€/jour, 150€/jour, 160€/jour, 175€/jour, 180€/jour, 190€/jour, 200€/jour). Le niveau d'indemnité journalière pourra être différent pour chaque Assuré et figurera également sur la demande d'adhésion.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au Contrat groupe, quel que soit le niveau d'indemnité journalière choisi.

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'Adhérent de la demande d'adhésion. L'adhésion prend effet à compter du jour indiqué sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, pour une période initiale de 12 mois.

La date d'effet de l'adhésion est fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

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

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion, il se renouvelle annuellement par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre de chaque année, **sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5 « Résiliation de l'adhésion ».**

ARTICLE 5 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

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

Article 5.1. Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation émane de l'Adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances :
· sur l'espace adhérent :

www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »

· par lettre (simple ou recommandée) ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressé(e) au siège social :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Imm. Nouvel'R – Bat. C – CS 63278
06205 Nice Cedex 3

Si la demande est recevable, le Gestionnaire adressera un certificat de radiation précisant la date d'effet de la résiliation à l'Adhérent.
Lorsque la résiliation émane de l'Assureur, par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

Article 5.2. Conséquences de la résiliation

La garantie reste acquise jusqu'à la date d'effet de la résiliation.
Les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour une période non couverte, l'Adhérent sera remboursé de celles-ci dans un délai maximal de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 5.3. Résiliation par l'Adhérent

a) Résiliation par l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

- à l'échéance de sa prise d'effet selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet la veille de la date anniversaire à 24 heures (article L113-12 du Code des assurances) ;
- si le Contrat groupe est modifié par l'Assureur et ne lui convient plus. L'Adhérent en sera informé par courrier au moins trois (3) mois avant la prise d'effet des modifications et pourra résilier son adhésion au plus tard avant l'entrée en vigueur des modifications.

En présence d'un Conjoint parmi les Assurés, une nouvelle adhésion est proposée à celui-ci s'il remplit les conditions d'adhésion. Le cas échéant, le Conjoint remplit une demande d'adhésion et un mandat SEPA. Si sa demande est validée par le Gestionnaire, le Conjoint reçoit un certificat d'adhésion matérialisant son adhésion.

b) Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation (article L141-3 du Code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée, une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet quarante (40) jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent constatée avant un Sinistre, sans que la mauvaise foi de ce dernier ne soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après notification par lettre de la résiliation et entraine la restitution à l'Adhérent de la portion de prime payée pour la période où l'assurance n'est plus en vigueur ;
- en cas de fraude constatée ou de déclarations fausses, inexactes ou réticentes au moment du Sinistre. La résiliation prend effet dix (10) jours à compter de la notification par l'Assureur de la résiliation ;
- en cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou de la reconduction de l'adhésion, il n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée. Dans le premier cas, la résiliation prend effet dix (10) jours après sa notification. Dans le second cas, si l'Adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou en cas de désaccord, dans le délai de trente (30) jours à compter de la proposition, l'Assureur peut résilier l'adhésion.

c) Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'Adhérent. En l'absence d'un Conjoint parmi les Assurés, l'adhésion est résiliée en date du décès. En présence d'un Conjoint parmi les Assurés, une nouvelle adhésion est proposée à celui-ci s'il remplit les conditions d'adhésion. Le cas échéant, le Conjoint remplit une demande d'adhésion et un mandat SEPA. Si sa demande est validée par le Gestionnaire, le Conjoint reçoit un certificat d'adhésion matérialisant son adhésion ;
- si l'Adhérent a atteint la limite d'âge de garantie (82 ans). La résiliation intervient à la date anniversaire de l'adhésion, l'année des 82 ans de l'Assuré ;
- si l'Adhérent ne remplit plus les conditions requises dans les conditions fixées à l'Article 2 « Conditions d'adhésion ». La résiliation prendra effet un (1) mois après notification du changement.
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur. La résiliation intervient le 40ème jour à midi après la publication du Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de l'Assureur.

d) Résiliation ou Modification du Contrat groupe (entre l'Assureur et le Souscripteur GPST)

Les droits et obligations des Assurés peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPST. Dans ce cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications apportées à ses droits et obligations, dans un délai de trois (3) mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Contrat groupe pourra être résilié par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'autre partie au moins trois (3) mois avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle au Contrat groupe ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront de bénéficier de

l'ensemble des clauses et conditions du Contrat groupe existantes à la date de résiliation.

Par ailleurs, la volonté de l'Adhérent de résilier son adhésion à l'Association GPST, ne constitue pas un motif valable pour résilier son adhésion au Contrat groupe. L'adhésion à l'Association GPST dure tant que dure l'adhésion au Contrat groupe.

ARTICLE 6 - DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours d'adhésion, sont faites par l'Adhérent pour son compte et celui des autres Assurés, auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution de l'adhésion. Par conséquent l'Adhérent doit fournir des réponses exactes.

À l'adhésion

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

En cours d'adhésion

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

- **un changement d'état civil ;**
- **un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie ;**
- **la survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'Assuré ;**
- **un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations.**

Les déclarations en cours de contrat doivent être transmises :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « Je modifie mon contrat et/ou mes informations »

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Ces évènements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, peut entraîner la déchéance des garanties en application de l'article L113-2 du Code des assurances.
En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, constatée avant sinistre, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité en application de l'article L133-8 du Code des assurances.
En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de dix (10) jours en restituant à l'Adhérent le prorata de prime ou maintenir l'adhésion en augmentant la prime à due proportion.
Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Adhérent (article L113-9 du Code des assurances).
Si, en cours d'adhésion, un Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument versée peut-être réclamée à l'Adhérent. L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'article 5 de la présente Notice d'information. La résiliation prend effet dix (10) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

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

Les garanties cessent pour l'Assuré considéré, par l'intervention du premier des évènements suivants :

- **le jour de la perte de sa qualité d'Assuré ;**
- **au jour où l'enfant Assuré atteint la limite d'âge garantie ;**
- **à la date d'anniversaire de l'adhésion, l'année des 82 ans de l'Assuré ;**
- **au jour de son décès ;**
- **au jour de la résiliation de l'adhésion, quelle qu'en soit la cause.**
- **en cas de dissolution de l'association GPST ou de résiliation du contrat par l'association GPST.**

ARTICLE 8 - ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie, dès lors que l'Hospitalisation intervient dans les établissements hospitaliers situés sur cette même zone géographique telle que définie dans la présente Notice et dans le monde entier dès lors que l'Hospitalisation intervient à l'occasion de séjours à l'étranger de moins de quarante vingt dix (90) jours, et dans la limite de 90 jours d'indemnisation.

Le règlement des prestations doit intervenir par crédit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent dans un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'Espace Economique Européen.

Les règlements sont obligatoirement libellés en euros à l'ordre de l'Adhérent.

ARTICLE 9 - EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties les Hospitalisations résultant des suites et conséquences, directes ou indirectes :

• D'une Maladie ;

• Des Accidents dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de sa remise en vigueur (ou de toute augmentation de garantie), sauf si elles ont été déclarées à cette occasion à l'assureur et que ce dernier ne les a pas spécifiquement exclues des garanties ;

• Du suicide de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause ;

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES NÉOLIANE HOSPI'ACCIDENT

GARANTIE HOSPITALISATION EN CAS D'ACCIDENT RÉF. 2/013

• Des tentatives de suicide, ou d'un fait intentionnel de l'Assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait ;

• De la participation de l'Assuré à un crime ou délit comme co-auteur ou complice ;

• Des Accidents de la navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilise et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;

• Des Accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;

• Des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe ou d'émeutes ;

• De l'éthylisme, de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'hallucinogènes non prescrits médicalement ou au-delà des doses prescrites ;

• Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;

• D'une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plein air, de convalescence, de retraite, au sein d'établissements thermaux et climatiques, d'hospices, de cliniques ou hôpitaux psychiatriques, d'instituts médico-pédagogiques, de services de gérontologie, dans des établissements de cure ;

• Des traitements à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement ;

• De l'état des personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie d'une manière irréversible et qui nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien, de réadaptation et rééducation fonctionnelle ;

• D'une interruption volontaire de grossesse ;

• D'un état de démence ;

• Des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs et activités suivants : courses automobiles, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous- marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3 000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat.

ARTICLE 10 - MODIFICATIONS DES GARANTIES

À l'échéance principale :

L'Adhérent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garantie ou de celui de l'un des Assurés, à la hausse ou à la baisse par écrit et au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification intervient à l'échéance de l'adhésion sous réserve de l'acceptation par le Gestionnaire.

Hors échéance principale :

À compter de la deuxième année, l'Adhérent a la possibilité de demander, à l'issue de la première échéance de l'adhésion, la modification de son niveau de garantie ou de celui de l'un des Assurés, à la hausse ou à la baisse, à tout moment, dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion et renouvelable annuellement sur cette base.

La modification intervient au premier jour du mois suivant sa demande.

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « Je modifie mon contrat et/ou mes informations »

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

En tout état de cause, les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation du Gestionnaire et sous réserve que l'Adhérent ait satisfait aux formalités prévues à l'article 2.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie ou le nouveau niveau de garantie de l'Assuré, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification.

L'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite. Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prend effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

Dans tous les cas : l'Adhérent reçoit un nouveau certificat d'adhésion indiquant les nouvelles garanties acquises à l'Adhérent et aux Assurés le cas échéant. La cotisation est ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification. La nouvelle cotisation est mentionnée dans ce certificat d'adhésion.

ARTICLE 11 - MODIFICATION DES ASSURÉS

À l'échéance principale : l'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou le retrait d'un Assuré par écrit et au plus tard 2 (deux) mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification intervient à l'échéance de l'adhésion sous réserve de l'acceptation par le Gestionnaire.

Hors échéance principale :

• Si un événement **survient en cours d'année entraînant**

l'acquisition de la qualité de Conjoint ou d'Enfant par une personne que l'Adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite au Gestionnaire à cet effet dans un délai de deux (2) mois suivant cet événement.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme Assuré, la modification de l'adhésion prendra effet au 1er jour du mois suivant :

- **suite à un jugement d'adoption pour un Enfant ;**
- **suite à une union par mariage, PACS ou concubinage ;**
- **suite à une radiation d'un Contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation) ;**

Par exception, la modification prend effet rétroactivement à la date de naissance du nouveau-né sous réserve de l'envoi du justificatif.

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prend effet au début du mois suivant 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'Assuré**, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les deux (2) mois suivant cet événement. La modification de l'adhésion prend 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 Conjoint ou Enfant :
  - **à la date du décès ;**
  - **à la date de séparation de corps ou de divorce (la prise d'effet de la modification sera le 1er jour du mois suivant la réception du justificatif) ;**
  - **à la date de rupture du concubinage ;**
  - **à la date de la rupture du Pacte civil de solidarité (PACS).**

Dans l'hypothèse où des prestations auraient été indûment versées à un Assuré n'ayant en réalité plus cette qualité, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement de ces prestations. Les garanties cessent de plein droit et sans formalité, pour l'individu ne remplissant plus les conditions d'Assuré au titre de la présente Notice d'information.

Dans tous les cas : l'Adhérent reçoit un nouveau certificat d'adhésion indiquant l'ajout ou le retrait d'un Assuré. La cotisation est ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification.

ARTICLE 12 - LES PRESTATIONS

La déclaration d'Accident entraînant une Hospitalisation

L'Assuré doit déclarer au Gestionnaire tout Sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du Contrat Groupe, et ce dans un délai maximum d'un (1) mois suivant l'Hospitalisation.

L'Assuré doit adresser sa déclaration :

Sur l'espace adhérent :
https://assure-neoliane.meprotege.fr/home

Par courrier à l'adresse suivante :
CENTRE DE GESTION NÉOLIANE - BP 90051 - 31602 MURET Cedex

Plusieurs Hospitalisations successives, pour un même Accident, sont considérées comme un seul événement assuré, et sont soumises à la durée maximale d'indemnisation globale de 365 jours par Accident garanti.

L'indemnisation prend fin en tout état de cause à la date anniversaire des 82 ans de l'Assuré.

Au titre d'un Accident garanti, aucune indemnisation n'est due si la première Hospitalisation en résultant n'intervient pas dans les trente (30) jours suivant la date de l'Accident.

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture au Gestionnaire (ou le cas échéant au médecin-conseil du Gestionnaire) des justificatifs décrits ci-après :

- **Tout élément justifiant de l'Accident, de sa date de survenance, de son caractère accidentel et de ses circonstances précises (lieu, noms des témoins, etc) ;**
- **Les preuves de l'Accident : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de journaux, etc ;**
- **Le compte-rendu d'Hospitalisation ou à défaut un certificat médical précisant la cause et la nature de l'Hospitalisation ;**
- **Un certificat médical précisant la nature et la durée de l'Hospitalisation ;**
- **L'attestation de l'établissement hospitalier ou le bulletin d'Hospitalisation mentionnant les dates d'entrée et de sortie visées par l'établissement hospitalier ;**
- **La copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité de l'Assuré.**

Toute prolongation d'Hospitalisation nécessite un certificat de prolongation qui doit parvenir au Gestionnaire (ou le cas échéant au médecin-conseil du Gestionnaire) dans un délai d'un (1) mois et précisant qu'il s'agit de la suite du même Accident, ainsi que la durée de la prolongation. À la demande du Gestionnaire, l'Assuré fournit sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil du Gestionnaire un rapport médical de son médecin traitant.

Au-delà des délais de déclaration indiqués ci-dessus, l'indemnisation des Sinistres ne débute qu'au terme du délai de Franchise décompté à partir de la date de déclaration. Le Gestionnaire se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que l'Assuré puisse le cas échéant continuer à percevoir les prestations.

Si, en cours d'adhésion, un Assuré a intentionnellement produit des documents ou des fichiers volés ou falsifiés, des informations mensongères, fait des déclarations fausses, inexactes ou réticentes, ou usé de moyens frauduleux, il peut lui être refusé le paiement de toutes les prestations quelle que soit l'époque à laquelle elles se rapportent. Il peut être mis fin à l'adhésion, sans préjudice de toute action en récupération des prestations indûment versées.

ARTICLE 13 - CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

Article 13.1. Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil du Gestionnaire peut demander à l'Adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utile et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le caractère accidentel du Sinistre.

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

En fonction du résultat de ces contrôles, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, le versement des prestations réalisé.

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

Article 13.2. Procédure d'expertise

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

Article 13.3. Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que le Gestionnaire a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.
Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend.
À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix. À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 14 - COTISATIONS

a) Montant de la cotisation

La cotisation mensuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte des garanties choisies par les Assurés à l'adhésion. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

b) Variation de la cotisation

En cours d'adhésion, la cotisation peut varier en cas de :

- modification de la législation sociale et/ou fiscale ;
- hangement de garanties ;
- modification d'Assurés.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions règlementaires.

c) Révision de la cotisation

L'Assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature. Les augmentations de cotisations sont notifiées à l'Adhérent par écrit au moins trois (3) mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur.

L'Adhérent peut être informé par courrier, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne peut exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier l'adhésion dans les trente (30) jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes et charges parafiscales ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

d) Paiement de la cotisation

La cotisation est payable à terme à échoir, selon le fractionnement choisi par l'Adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement automatique est obligatoire quelle que soit la périodicité choisie et s'effectue au plus tard le 5 ou 10 du mois de la quittance éligible au titre des garanties du mois en cours.
Ce prélèvement est effectué par le Gestionnaire, sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement situé dans un Etat de l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent.

En cas de rejet de prélèvement, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'Adhérent.
À tout moment et dans la limite d'une fois par an, l'Adhérent a la possibilité, de modifier le fractionnement de la cotisation, en adressant une demande au Gestionnaire :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « Mes cotisations »

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Imm. Nouvel'R – Bat. C – CS 63278
06205 Nice Cedex 3

La cotisation est à payer au plus tard dix (10) jours après la date d'exigibilité indiquée sur la demande d'adhésion.

e) Défaut de paiement

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation, le Gestionnaire envoie une lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée. Cette lettre vaut mise en demeure.

Faute de règlement, l'adhésion est alors résiliée quarante (40) jours après l'envoi de cette lettre.
La résiliation entraine, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des évènements survenus pendant la période suivant l'envoi de la mise en demeure.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation durant la période des quarante (40) jours suivant la mise en demeure, les garanties seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

ARTICLE 15 - SUBROGATION

En vertu de l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions des Assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ARTICLE 16 - PRESCRIPTION

Conformément au Code des assurances :

Article L114-1

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq (5) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :
1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent 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 lui ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent 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 (30) ans à compter du décès de l'Adhérent. »

Article L114-2

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

Article L114-3

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

Conformément au Code civil :
« Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription.
Article 2240
La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
Article 2241
La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.
Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
Article 2242
L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
Article 2243
L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
Article 2244
Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
Article 2245
L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.
En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.
Article 2246
L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

ARTICLE 17 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, service en ligne, téléphone) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.
L'Adhérent peut, à tout moment, s'adresser à son interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème

relatif à la bonne exécution de son contrat.
Si le litige éventuel demeure, L'Adhérent peut adresser une réclamation écrite :

· sur l'espace adhérent :

www.neoliane.fr/service-client, rubrique «Réclamations»

· par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé – Service Qualité
143 Boulevard René Cassin
Imm. Nouvel'R – Bat. C CS 63278
06205 Nice Cedex 3

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhérent ne peuvent excéder :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l' Adhérent dans ce délai ;
- Soixante (60) jours calendaires maximum, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Médiation :
Si le désaccord persiste (ou en cas d'absence de réponse dans les deux mois suivant la date d'envoi de sa réclamation), la personne physique réclamante dispose de la faculté de faire appel au Médiateur compétent : le Médiateur de l'Assurance.

· par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09

· en ligne :

www.mediation-assurance.org, rubrique : « Je saisis le Médiateur »

Le recours au Médiateur est gratuit et s'effectue sans préjudice des autres voies d'actions légales, dans un délai maximum d'un (1) an à compter de la date de la réclamation écrite.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux, mais ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure ; le délai de prescription de l'action en justice est suspendu à compter de la saisine du Médiateur compétent, et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Le Médiateur formule une proposition de solution dans un délai de quatre-vingt-dix jours (90) à réception du dossier complet. Le Gestionnaire et l'Adhérent restent libres de la suivre ou non.

ARTICLE 18 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Identification du responsable de traitement
Cette clause a pour objet d'informer l'Assuré de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel le concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après :
Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet de traitements listés ci-dessous, dont PREPAR-IARD est le responsable de traitement et Néoliane Santé le sous-traitant :

- **Souscription des contrats ;**
- **Gestion de la vie du contrat ;**
- **Encaissement et recouvrement des cotisations ;**
- **Gestion des réclamations ;**
- **Archivage des pièces de gestion et documents comptables;**
- **Lutte anti-blanchiment d'argent et financement du terrorisme.**

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement
Les données ont pour finalité de satisfaire la demande de l'Assuré et de permettre la passation, la gestion et l'exécution du contrat, la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, la lutte contre la fraude, le suivi dans le cadre de contentieux et l'amélioration des produits ou prestations. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Passation, Gestion et Exécution du contrat d'Assurance	• **Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis** • **Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat** • **Recouvrement** • **Gestion des réclamations et contentieux** • **Certaines données peuvent entrainer des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties** • **Exercice des recours et application des conventions entre assureurs** • **Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque** • **Etudes statistiques et actuarielles** • **Amélioration continue des offres et process**
Obligations légales	• **Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme** • **Respect des obligations légales, règlementaires et administratives**
Intérêt légitime	• **Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat** • **Prospection commerciale** Afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.

Les informations collectées seront conservées dans des bases de données sécurisées pour toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires.

Clause spécifique relative à la fraude

L'Assuré est également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles concernant l'Assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'Assureur et de Néoliane Santé. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données concernant l'Assuré pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux équipes ou sous-traitants de PREPAR IARD, aux membres du groupe BPCE, aux partenaires commerciaux de PREPAR IARD, aux équipes de Mutua Gestion et aux entités du GROUPE SANTIANE ainsi qu'a des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements des données personnelles de l'Assuré

Les données personnelles collectées par PREPAR IARD sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. S'agissant des traitements réalisés hors de PREPAR-IARD par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.
Les traitements de Néoliane Santé réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen (Maroc, Tunisie) concernent des opérations de gestion. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Les durées de conservation

Les données personnelles de l'Assuré sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement effectué, l'Assuré dispose dans les conditions prévues par la réglementation :

- **Droit d'accès : l'Assuré dispose du droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont les responsables de traitement disposent et demander que lui en soit communiquée l'intégralité.**
- **Droit de rectification : l'Assuré peut demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.**
- **Droit de suppression : l'Assuré peut demander aux responsables de traitement la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.**
- **Droit de définir des directives relatives au sort de**

vos données personnelles en cas de décès.

- **Droit à la limitation du traitement : l'Assuré peut demander aux responsables de traitement de limiter le traitement de ses données personnelles.**
- **Droit à la portabilité des données : l'Assuré peut récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.**
- **Droit d'opposition : l'Assuré peut s'opposer au traitement de ses données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.**

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles
Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande :

Par courrier électronique :
dpo@neoliane.fr

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Droit d'introduire une réclamation
Par ailleurs, l'Assuré peut introduire une réclamation auprès de la **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.**

Clause spécifique relative aux obligations règlementaires
Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.
Dans ce cadre, l'Assuré peut exercer son droit d'accès auprès de la **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.**

Prospection
Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de permettre à l'Assuré de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance, certaines données le concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront être utilisées pour lui adresser certaines offres commerciales.

L'Assuré dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales qu'il peut exercer à l'adresse ci-dessus (dpo@neoliane.fr).

ARTICLE 19 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE
L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est : **L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.**

ARTICLE 20 - DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE
Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.
Nous pourrons cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.
Pour plus d'information : **www.bloctel.gouv.fr ou WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.**

ARTICLE 21 - SANCTIONS INTERNATIONALES
L'Assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre de l'adhésion au Contrat groupe dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

ARTICLE 22 - DROIT DE RENONCIATION
L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

Si le Contrat est vendu à distance :
On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (notamment vente par correspondance ou internet). Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir soit à partir de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un Sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du Sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique
«Je souhaite résilier ou me rétracter»

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat Néoliane Hospi'Accident à laquelle j'ai adhéré en date du _____. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

Si le Contrat est vendu par démarchage :
La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un Contrat groupe.
En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".
Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'Adhérent peut renoncer au présent contrat.

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/serviceclient,
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarcharge

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat Néoliane Hospi'Accident à laquelle j'ai adhéré en date du _____.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.
Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la notification de la renonciation.

CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0067

ASSISTANCE HOSPITALISATIONS PAR ACCIDENT

ASSOCIATION GPST (GROUPEMENT POUR LA PREVOYANCE ET LA SANTE POUR TOUS), Association loi de 1901, immatriculé sous le numéro RNA « W751216092 », dont le siège social se situe 30-32, boulevard de Vaugirard – 75015 PARIS, a souscrit le contrat collectif n° **FIC25SAN0067**.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Téléphone : 09 82 06 60 08 (depuis la France)
+33 9 82 06 60 08 (depuis l'étranger)

Mail : assistance.personnes@filassistance.fr

Adresse : 108 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Télécopie : 09 77 40 17 87

Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance du Contrat, sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France.
Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité de ce dernier.
Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0067** auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.
Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance prévoyance Néoliane Prévoyance Hospi'Accident distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0067**.

1 — DÉFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident corporel : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Adhérent : Toute personne physique assurée au titre du contrat d'assurance prévoyance Néoliane Prévoyance Hospi'Accident distribué par NÉOLIANE SANTÉ et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement au Domicile de l'Adhérent, tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

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, nouveaux animaux de compagnie (NAC) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarin ou canari), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France. Bénéficiaire : Toute personne vivant sous le même toit que l'Adhérent et résidant en France telle que définie au terme du Contrat susceptible de bénéficier de tout ou partie des prestations et garanties prévues au Contrat.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0067.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale ou secondaire de l'Adhérent, en France.

Équipe médico-psycho-sociale : Médecins de FILASSISTANCE, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de FILASSISTANCE.

Évènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE. L'Évènement applicable pour chaque garantie est précisé au sein de ces dernières.

Évènement traumatisant : Les difficultés psychologiques du Bénéficiaire consécutives à l'Accident corporel ou à l'Hospitalisation et nécessitant le soutien d'un psychologue. France : France métropolitaine, la Principauté de Monaco et la Principauté d'Andorre, les Départements-Régions d'Outre-Mer français.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à un Accident corporel, incluant au moins une nuit.

Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est remis un billet de train, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe

économique. A défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/ retour.

Zone de résidence : zone couvrant la France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre.

2 — MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS

2.1 - Délivrance des prestations

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie, **dans un délai maximum de dix (10) jours calendaires** qui suivent la sortie de l'Hospitalisation pour l'ensemble des garanties décrites ci-dessous, à l'exception de la garantie « aide à domicile » pour laquelle le Bénéficiaire doit appeler FILASSISTANCE **dans un délai de 7 jours à compter de la sortie de l'Hospitalisation**.

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE.
Ā défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par FILASSISTANCE permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

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

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu à un remboursement a posteriori ou au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au Domicile d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre soit comme présentant un danger ou risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, ...) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard de FILASSISTANCE ou de l'un de ses prestataires.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2.2 - Remboursement des prestations

Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que l'intervention d'un prestataire auprès du Bénéficiaire n'est pas possible, FILASSISTANCE peut autoriser le Bénéficiaire à organiser lui-même la prestation.

Dans ce cas, FILASSISTANCE rembourse au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais, par virement, les frais engagés sous réserve de la transmission des justificatifs suivants :

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférent à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée* originale ou copie scannée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par FILASSISTANCE au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'Evènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Le remboursement est conditionné à l'obtention par le Bénéficiaire de l'accord préalable de FILASSISTANCE.

Le remboursement est toujours fait dans la limite de ce que FILASSISTANCE aurait pris en charge si elle avait organisé elle-même la prestation. Le Bénéficiaire s'engage à payer le cas échéant le reste à charge à son prestataire.

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

**Toute facture transmise dans un format ne garantissant pas l'inaltérabilité de cette dernière (.txt, .docx, .xlsx ou tout autre format permettant la modification de la facture a posteriori de son édition) ne permettra pas d'obtenir un remboursement.*

2.3 - Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00** (hors jours fériés) sur simple appel du Bénéficiaire. **En aucun cas,**

les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.
FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un **délai maximal de 72 heures**.

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

3 — TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATION ACCESSIBLE DÈS L'ADHÉSION

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaire : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s).

Informations santé d'ordre général	**Informations téléphoniques**

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT CORPOREL SUPÉRIEURE À 4 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaire : l'Adhérent ou son Conjoint ;
- par Évènement : l'Accident corporel à l'origine de l'Hospitalisation

Aide à domicile	*(La mise en œuvre de cette garantie doit débuter dans un délai de 7 jours à compter de la date de fin d'Hospitalisation)* **20 heures maximum par Évènement** **À raison de 2 heures maximum par intervention, réparties sur 20 jours maximum**
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge	*(La mise en œuvre de cette garantie doit être demandée au plus tard dans les 10 jours qui suivent la date de fin d'Hospitalisation)*
· Garde au Domicile	**10 heures maximum réparties sur une période maximale de 10 jours par Évènement**
· OU transfert accompagné des enfants chez un Proche	**1 Titre de transport par enfant et pour l'adulte accompagnant par Évènement**
· OU venue d'un Proche jusqu'au Domicile	**1 Titre de transport par Évènement**
Prise en charge des animaux domestiques	*(La mise en œuvre de cette garantie doit être demandée au plus tard dans les 10 jours qui suivent la date de fin d'Hospitalisation)*
· La visite de l'Animal au Domicile par un « pet sitter » · OU la garde de l'Animal par un « pet sitter » au Domicile · OU la garde de l'Animal chez un « pet sitter »	**Dans la limite de 15€ TTC par jour et de 150€ TTC par Évènement**
Transport aux rendez-vous médicaux (taxi ou véhicule sanitaire léger)	*(La mise en œuvre de cette garantie doit être demandée au plus tard dans les 10 jours qui suivent la date de fin d'Hospitalisation)* **1 aller-retour par Évènement** **dans un rayon de 50km autour du Domicile**

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ÉVÈNEMENTS TRAUMATISANTS RESSENTIS PAR UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint ou leur(s) enfants ;
- par Évènement : l'Évènement traumatisant.

Accompagnement psychologique	*Les entretiens doivent être mis en œuvre dans les 12 mois suivant la date de survenance de l'Évènement* **5 entretiens téléphoniques** **ET/OU 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien**

4 ➖ DÉTAIL DES GARANTIES

Les garanties ci-après sont octroyées selon les conditions et dans les limites prévues au paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

En cas de difficulté d'interprétation, il convient de faire prévaloir la rédaction du tableau synoptique des garanties du paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

4.1 - Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

La garantie est mise en œuvre 24h sur 24.

4.2 - Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Evènement devra être adressé à FILASSISTANCE **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

Elle intervient dès le premier jour de l'Hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile.

4.3 - Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge

Si personne ne peut s'occuper des enfants du Bénéficiaire restés seuls au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde au Domicile **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique** ;
- OU le transfert des enfants chez un Proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile.

4.4 - Informations santé d'ordre général

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- informations générales sur les pathologies, les analyses médicales et les examens médicaux,
- la santé au quotidien : pharmacie, les gestes de secours, trousse de secours, automédication, vaccinations...,
- bien vivre : des informations en matière de prévention, de bien-être et de médecine du voyage,
- la mise en forme,
- la diététique.

4.5 - Prise en charge des Animaux domestiques

Si les Animaux domestiques du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge **l'une** des prestations suivantes :

- la visite de l'animal au Domicile par un « pet sitter »,
- OU la garde de l'animal par un « pet sitter » au Domicile,
- OU la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique**.

4.6 - Transport aux rendez-vous médicaux (taxi ou véhicule sanitaire léger)

Si le Bénéficiaire doit passer des examens médicaux, FILASSISTANCE prend en charge, **sur prescription médicale du médecin traitant du Bénéficiaire, le transport aller/retour**, en taxi ou en véhicule sanitaire léger, **du Domicile jusqu'au lieu des examens et ce dans un rayon de 50 km autour du Domicile maximum**.

5 ➖ EXCLUSIONS

5.1 - Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :
• les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
• les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
• les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
• les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
• les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
• les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
• les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
• les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
• les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
• les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion ;

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE :
• tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
• tous frais générés par un surplus de poids des bagages ou par un transport de ces derniers effectués par un tiers que celui-ci ait été ou non sollicité par le Bénéficiaire, et plus généralement ;
• tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE.

6 - CLAUSES REGLEMENTAIRES

6.1 - Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont

il a été victime.

6.2 - Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ; la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions règlementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n° 16939, 4 Promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil, 01 53 73 22 22.

6.3 - Responsabilité

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra aux Bénéficiaires, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

6.4 - Autorité de contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

6.5 - Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

En tout état de cause, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, ou le cas échéant à compter de la date de réception de la réponse négative formulée par FILASSISTANCE, en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Réclamant, de saisir les tribunaux compétents.

6.6 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

• Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq (5) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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

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

La prescription est portée à dix (10) 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.

• Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

• Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

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

• Causes ordinaires d'interruption de la prescription

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

• Causes ordinaires d'interruption de la prescription

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

• Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

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

• Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

• Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

• Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre

lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil
L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

• **Causes de report et de suspension de la prescription**
Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil
La prescription ne court pas :
1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil
La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil
Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil
Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil
Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil
La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois.

Article 2239 du Code civil
La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (http://www. legifrance.gouv.fr).

• **Saisine du médiateur**
Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

6.7 - Loi applicable et juridiction compétente
La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

ASSURANCE PRÉVOYANCE
Document d'information sur le produit d'assurance

néoliane

PREPAR-IARD ASSURANCE

Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr). Produit assuré et co-conçu par **PREPAR-IARD** – Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 PARIS LA DÉFENSE CEDEX – SA au capital de 800 000 € – RCS Nanterre 343 158 036 – N° LEI : 9695008UHMH3007T1B62 – Entreprise régie par le Code des Assurances – Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Papiers n° FR232581_03FWUB délivré par l'ADEME.

PRODUIT : NÉOLIANE HOSPI'ACCIDENT

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NÉOLIANE HOSPI'ACCIDENT sont fournies au client dans d'autres documents.

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

Le produit **Néoliane Hospi'Accident** est un produit d'Assurance Prévoyance.
En cas d'Hospitalisation de l'Assuré suite à un Accident, l'assureur s'engage à verser une indemnité journalière pendant toute la durée de l'Hospitalisation.

QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

✓ **HOSPITALISATION EN CAS D'ACCIDENT :**
En cas d'Hospitalisation de l'Assuré consécutive à un Accident, il est versé une allocation pouvant aller jusqu'à 200€ maximum par jour. Cette allocation est versée au plus tôt, après une période d'Hospitalisation de 24h continues et est versée pendant une durée de 365 jours maximum.

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

✓ **Aide à domicile** : en cas d'accident entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint ;

✓ **Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) :** en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

✓ **Prise en charge des animaux domestiques :** En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

✓ **Transport aux rendez-vous médicaux :** En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

« Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat ».

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Le décès accidentel ;
- ✗ Le remboursement de frais de santé ;
- ✗ La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentelle;
- ✗ La maternité ;
- ✗ Les hospitalisations à domicile.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

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

- ! D'une Maladie ;
- ! Du suicide : des tentatives de suicide, ou d'un fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait ;
- ! Des Accidents de la navigation aérienne sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- ! Des Accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- ! D'une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plein air, de convalescence, de retraite, au sein d'établissements thermaux et climatiques, d'hospices, de cliniques ou hôpitaux psychiatriques, d'instituts médico -pédagogiques, de services de gérontologie, de gériatrie, dans des établissements de cure ; Hospitalisation de jour, Hospitalisation à domicile , maison de santé ou de rééducation ;
- ! Des traitements à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement ;
- ! D'une interruption volontaire de grossesse ;
- ! Des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs et activités suivants : courses automobiles, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous- marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3 000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! L'indemnité journalière est versée pour toute hospitalisation de plus de 24 heures consécutives et dans la limite de 365 jours pour tout accident garanti.
- ! Plusieurs hospitalisations successives pour un même accident, sont considérées comme un seul événement et la durée maximale d'indemnisation est de 365 jours.
- ! L'hospitalisation doit avoir lieu dans les 30 jours suivant l'accident garanti.

Cette liste n'est pas exhaustive.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

✓ Les établissements hospitaliers en France métropolitaine et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé).
✓ Les Hospitalisations à l'étranger sont prises en charge dès lors qu'elles interviennent à l'occasion de séjours de moins de 3 mois, et dans la limite de 90 jours d'indemnisation.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de non garantie, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :

A la souscription du contrat Groupe :
- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Résider en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie ;
- Être âgé(e) entre 18 ans et 75 ans inclus à la date d'adhésion figurant sur la demande d'adhésion ;
- être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'Assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat : ces changements peuvent dans certains cas entrainer la modification du contrat et de la cotisation.
- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, changement de domicile, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle) ;

Pour le versement de la prestation :
- Déclarer au Gestionnaire tout Accident, entrainant une Hospitalisation - dans les meilleurs délais et en tout état de cause dans un délai maximum de un mois après l'Hospitalisation ;
- Transmettre dans les délais prévus tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations dans un délai maximum de 2 ans à partir de l'hospitalisation.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de l'adhésion.
La périodicité du paiement peut etre mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. L'adhésion est

conclue pour une durée initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement chaque année à sa date anniversaire, sauf en cas de résiliation.

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qui commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La couverture prend fin :

· À la date de résiliation quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la partie à l'origine ;

· En cas de décès de l'Adhérent ;

· En cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie ;

· À la date anniversaire de l'adhésion, l'année des 82 ans de l'Assuré.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de son échéancier. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances).

· Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **Néoliane Santé – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**

· Sur l'espace adhérent : **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »**

En cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.

Edition : Décembre 2024



LES SOLUTIONS POUR LA PRÉVOYANCE

CAPITAL DÉCÈS ET PTIA* PAR ACCIDENT :

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

**Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.*

CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE CAPITAL DÉCÈS / PTIA :

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

À PARTIR DE 3,86 € PAR MOIS, PROTÉGEZ VOTRE FAMILLE GRÂCE AU VERSEMENT D'UN CAPITAL DÉCÈS :

- ✓ Versement d'un capital décès allant jusqu'à 100 000 € ;
- ✓ Formule accessible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion ;
- ✓ Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans inclus pour le capital décès et 65 ans inclus pour la PTIA ;
- ✓ Assistance complète et rapatriement de corps en France métropolitaine en cas de décès à l'étranger.

	Capital versé	Cotisation mensuelle de 18 à 64 ans(1)	Cotisation mensuelle de 65 à 75 ans(1)
C 10	10 000 €	-	5,61 €
C 12	12 000 €	-	6,47 €
C 15	15 000 €	3,86 €	7,75 €
C 20	20 000 €	4,70 €	9,88 €
C 25	25 000 €	5,54 €	12,02 €
C 30	30 000 €	6,38 €	14,16 €
C 35	35 000 €	7,22 €	16,29 €
C 40	40 000 €	8,06 €	18,43 €
C 50	50 000 €	9,74 €	22,70 €
C 60	60 000 €	11,42 €	26,97 €
C 70	70 000 €	13,10 €	31,24 €
C 75	75 000 €	13,94 €	33,38 €
C 80	80 000 €	14,78 €	35,52 €
C 90	90 000 €	16,46 €	39,79 €
C 100	100 000 €	18,14 €	44,06 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/07/2024 – (2) dans les limites fiscales en vigueur

Prévoyance

ILS ONT FAIT LE CHOIX DE PROTÉGER LEUR FAMILLE



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

Jean-Pierre, 68 ans – Reims

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

Marine, 41 ans, parent isolé – Paris



néoliane

Prévoyance

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES NÉOLIANE CAP'ACCIDENT

GARANTIE DÉCÈS - PTIA EN CAS D'ACCIDENT RÉF. 1/061

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance prévoyance **NÉOLIANE CAP'ACCIDENT** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances. Ce contrat est dénommé ci-après le « Contrat groupe ».

Une adhésion au Contrat groupe est composée des documents suivants :

- **Le bulletin d'adhésion signé par le demandeur à l'assurance ;**
- **La présente Notice d'information qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du Contrat groupe ;**
- **Le certificat d'adhésion qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.**

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le Contrat groupe auquel les parties s'engagent. Elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres. En cas de modification des garanties (cf. Article 10 « Modification des garanties »), la dernière lettre ayant valeur d'avenant au certificat d'adhésion, adressée à l'Adhérent, vient compléter l'ensemble de ces documents. Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférent sera du ressort exclusif des Tribunaux français.

L'Assureur et co-concepteur du Contrat groupe est **PREPAR-IARD**, SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurances – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le N° 343 158 036 – Siège social : Immeuble Le Village, Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex, ci après dénommé « **l'Assureur** ».

Le Souscripteur est l'**Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous**, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social se situe au 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, ci-après dénommée l'« **ASSOCIATION GPST** ». L'Association GPST souscrit auprès de PREPAR-IARD ce Contrat groupe au profit de ses Adhérents.

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nice sous le N° B 510 204 274 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr) – Siège social : 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3, ci-après dénommé le « Courtier ».

L'Assureur délègue la gestion des garanties du Contrat groupe à **MUTUA GESTION**, Société par actions simplifiée unipersonnelle au capital de 4 300 000€ – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulouse sous le N° 788 998 078 – Immatriculée au Registre des intermédiaires en assurance tenu par l'ORIAS sous le N° 13 007 119 – Siège social : 187 Avenue Jacques Douzans - BP 90051 - 31600 MURET, ci-après dénommé le « **Gestionnaire ou Centre de Gestion Néoliane** ».

Le co-concepteur et co-distributeur du Contrat groupe est **GROUPE SANTIANE HOLDING (GSH)**, SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – 30/32 Boulevard de Vaugirard- 75015 PARIS – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) – Intervient en qualité de co-courtier de Néoliane Santé.

Les sociétés **GSH, NÉOLIANE SANTÉ et PREPAR-IARD** sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. Elles s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat groupe.

DÉFINITIONS

Accident : Toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré. **Ne sont pas considérés comme Accident au sens du présent Contrat, les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les attaques et les hémorragies cérébrales.**
Par ailleurs, toute blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un Accident, ne peut être considérée comme un Accident.

Adhérent : La personne physique majeure signataire de la demande d'adhésion et répondant aux conditions d'adhésion telles qu'énoncées dans l'Article 2 « Conditions d'adhésion ».

Assuré : Personne physique sur laquelle repose le risque de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA). Peuvent être Assurés l'Adhérent lui-même et son Conjoint s'il remplit les conditions listées ci-dessous.

Conjoint : Personne âgée à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et jusqu'à 75 ans inclus, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance ;
Est considéré comme Conjoint :

- la personne avec laquelle l'Adhérent est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement ;
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, devra être adressée au Gestionnaire sur demande ;
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) conclu avec l'Adhérent.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une

autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.
Les affections aigües ou chroniques : lumbagos, tour de rein, sciatiques, lombosciatalgies, déchirures, entorses, hernies sont considérées comme des Maladies et non comme des Accidents, sauf si l'Assuré apporte la preuve qu'elles sont la conséquence directe d'un Accident garanti.

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

- tout Assuré ayant bénéficié d'un classement dans la 3ème catégorie d'invalidité par la sécurité sociale au sens de l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- toute personne bénéficiant au titre de son régime obligatoire d'une majoration de ses prestations d'invalidité ou d'incapacité permanente pour assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Sinistre : La réalisation d'un évènement prévu au Contrat groupe. Au titre de la garantie, constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des déclarations de Sinistre résultant d'un même Accident.

ARTICLE 1 - OBJET DE L'ADHÉSION

Le présent Contrat groupe a pour objet le versement d'un capital en cas de décès accidentel de l'Assuré ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentelle de l'Assuré.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission au présent Contrat groupe en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- **Être Adhérentes à l'Association GPST dont les frais d'adhésion sont prélevés en même temps et selon la même périodicité que la cotisation d'assurance (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle). À ce titre, l'Adhérent reçoit une copie des statuts de l'Association ;**
- **Être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion d'au moins 18 ans et de 75 ans maximum, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance ;**
- **Être résidentes en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie.**

ARTICLE 3 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur à l'assurance, après avoir reçu sur support durable et pris connaissance de la Notice d'information et du document d'information normalisé sur le produit d'assurance (IPID), remplira avec soin une demande d'adhésion au sein de laquelle il choisit son niveau de garanties selon les formules proposées.

Il pourra également ajouter son Conjoint âgé de 18 ans minimum à 75 ans maximum inclus.

Le demandeur devra également indiquer le montant du capital qu'il a choisi (10 000€, 12 000€, 15 000€, 20 000€, 25 000€, 30 000€, 35 000€, 40 000€, 50 000€, 60 000€, 70 000€, 75 000€, 80 000€, 90 000€, 100 000€).
Le montant du capital pourra être différent pour chaque Assuré et figurera également sur la demande d'adhésion.

L'Adhérent devra également désigner les bénéficiaires du Capital décès garanti. Pour ce faire, deux possibilités s'offrent à lui, soit :

- **l'Adhérent opte pour la clause bénéficiaire par défaut suivante : « le bénéficiaire en cas de décès est le conjoint de l'Adhérent non séparé de corps judiciairement ou le partenaire de PACS, à défaut les enfants de l'Adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut les héritiers de l'Adhérent par parts égales » ;**
- **dans le cas où la clause bénéficiaire par défaut ne lui convient pas, l'Adhérent désigne par écrit sur papier libre le ou les bénéficiaires en précisant : le(s) nom(s), nom(s) de naissance, tous les prénoms, date et lieu de naissance, adresse complète, rangs et quote-part en cas de bénéficiaires multiples, ainsi que les bénéficiaires subséquents.**

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'Adhérent de la demande d'adhésion. L'adhésion prend effet à compter du jour indiqué sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, pour une période initiale de 12 mois.

La date d'effet de l'adhésion est fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

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

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion, **elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre de chaque année, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5 « Résiliation de l'adhésion »**

ARTICLE 5 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

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

Article 5.1. Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation émane de l'Adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances :
· sur l'espace adhérent :

www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »

· par lettre (simple ou recommandée) ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressé(e) au siège social :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Imm. Nouvel'R – Bat. C – CS 63278
06205 Nice Cedex 3

Si la demande est recevable, le Gestionnaire adressera un certificat de radiation précisant la date d'effet de la résiliation à l'Adhérent.
Lorsque la résiliation émane de l'Assureur, par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

Article 5.2. Conséquences de la résiliation

La garantie reste acquise jusqu'à la date d'effet de la résiliation.
Les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour

une période non couverte, l'Adhérent sera remboursé de celles-ci dans un délai maximal de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 5.3. Résiliation par l'Adhérent

a) Résiliation par l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

- à la date anniversaire de sa prise d'effet selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux (2) mois avant la date anniversaire prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet la veille de la date anniversaire à 24 heures (article L113-12 du Code des assurances) ;
- si le Contrat groupe est modifié par l'Assureur et ne lui convient plus. L'Adhérent en sera informé par courrier au moins trois (3) mois avant la prise d'effet des modifications et pourra résilier son adhésion au plus tard avant l'entrée en vigueur des modifications.

En présence d'un Conjoint parmi les Assurés, une nouvelle adhésion est proposée à celui-ci s'il remplit les conditions d'adhésion. Le cas échéant, le Conjoint remplit une demande d'adhésion et un mandat SEPA. Si sa demande est validée par le Gestionnaire, le Conjoint reçoit un certificat d'adhésion matérialisant son adhésion.

b) Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation (article L141-3 du Code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée, une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet quarante (40) jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent constatée avant un Sinistre, sans que la mauvaise foi de ce dernier ne soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après notification par lettre de la résiliation et entraine la restitution à l'Adhérent de la portion de prime payée pour la période où l'assurance n'est plus en vigueur ;
- en cas de fraude constatée ou de déclarations fausses, inexactes ou réticentes au moment du Sinistre. La résiliation prend effet dix (10) jours à compter de la notification par l'Assureur de la résiliation ;
- en cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou de la reconduction de l'adhésion, il n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée. Dans le premier cas, la résiliation prend effet dix (10) jours après sa notification. Dans le second cas, si l'Adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou en cas de désaccord, dans le délai de trente (30) jours à compter de la proposition, l'Assureur peut résilier l'adhésion.

c) Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'Adhérent. En l'absence d'un Conjoint parmi les Assurés, l'adhésion est résiliée en date du décès. En présence d'un Conjoint parmi les Assurés, une nouvelle adhésion est proposée à celui-ci s'il remplit les conditions d'adhésion. Le cas échéant, le Conjoint remplit une demande d'adhésion et un mandat SEPA. Si sa demande est validée par le Gestionnaire, le Conjoint reçoit un certificat d'adhésion matérialisant son adhésion ;
- si l'Adhérent a atteint la limite d'âge de garantie (82 ans). La résiliation intervient à la date anniversaire de l'adhésion, l'année des 82 ans de l'Assuré ;
- si l'Adhérent ne remplit plus les conditions requises dans les conditions fixées à l'Article 2 « Conditions d'adhésion ». La résiliation prendra effet un (1) mois après notification du changement.
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur. La résiliation intervient le 40ème jour à midi après la publication du Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de l'Assureur.

d) Résiliation ou Modification du Contrat groupe (entre l'Assureur et le Souscripteur GPST)

Les droits et obligations des Assurés peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPST. Dans ce cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications apportées à ses droits et obligations, dans un délai de trois (3) mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Contrat groupe pourra être résilié par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'autre partie au moins trois (3) mois avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle au Contrat groupe ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront de bénéficier de l'ensemble des clauses et conditions du Contrat groupe existantes à la date de résiliation.

Par ailleurs, la volonté de l'Adhérent de résilier son adhésion à l'Association GPST, ne constitue pas un motif valable pour résilier son adhésion au Contrat groupe. L'adhésion à l'Association GPST dure tant que dure l'adhésion au Contrat groupe.

ARTICLE 6 - DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours d'adhésion, sont faites par l'Adhérent pour son compte et celui des autres Assurés, auxquels elles sont opposables.
Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution de l'adhésion. Par conséquent l'Adhérent doit fournir des réponses exactes.

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

En cours d'adhésion
L'Adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par l'adhésion, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :

- **un changement d'état civil ;**
- **un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie ;**
- **la survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'Assuré ;**
- **un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations.**

Les déclarations en cours de contrat doivent être transmises :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « Je modifie mon contrat et/ou mes informations »

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Ces événements doivent être signalés dans un délai de trente (30) jours suivant leur survenance. L'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, constatée avant Sinistre, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité (article L. 113-8 du Code des assurances).

En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant Sinistre, l'Assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de dix (10) jours en restituant à l'Adhérent le prorata de la prime ou maintenir l'adhésion en augmentant la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un Sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Adhérent (article L. 113-9 du Code des assurances).

Si, en cours d'adhésion, un Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument versée peut-être réclamée à l'Adhérent. L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'Article 5 « Résiliation de l'adhésion » de la présente Notice d'information. La résiliation prend effet trente (30) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

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

Les garanties cessent pour chaque Assuré concerné, par l'intervention du premier des évènements suivants :

- **à la date anniversaire de l'adhésion, l'année de ses 65 ans pour la garantie PTIA ;**
- **à la date anniversaire de l'adhésion, l'année de ses 80 ans pour la garantie décès ;**
- **au jour du règlement du capital en cas de PTIA ;**
- **au jour de son décès ;**
- **au jour de la résiliation de l'adhésion, quelle qu'en soit la cause ;**
- **en cas de dissolution de l'association GPST ou de résiliation du contrat par l'association GPST ;**

Pour le Conjoint, les garanties cessent également le jour de la perte de la qualité de Conjoint au sens de la présente Notice d'information.

ARTICLE 8 - ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement de moins de quarante-cinq (45) jours consécutifs et soixante (60) jours non consécutifs sur une période de douze (12) mois. En cas d'Accident hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie, les prestations ne sont dues qu'à partir du rapatriement de l'Assuré sur cette même zone géographique.

Le règlement des prestations doit intervenir par crédit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré ou au nom du bénéficiaire dans un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'Espace Economique Européen.
Les règlements sont obligatoirement libellés en euros à l'ordre de l'Assuré ou du(es) bénéficiaire(s).

ARTICLE 9 - EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties le Décès et ou la P.T.I.A résultant des suites et conséquences, directes ou indirectes :
• D'une Maladie ;
• Des Accidents dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de sa remise en vigueur (ou de toute augmentation de garantie), sauf si elles ont été déclarées à cette occasion à l'assureur et que ce dernier ne les a pas spécifiquement exclues des garanties ;
• Du suicide de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause ;
• Des tentatives de suicide, ou d'un fait intentionnel ou volontaire de l'Assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait ;
• De la participation de l'Assuré à un crime ou délit comme co-auteur ou complice ;
• Des Accidents de la navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilise et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES NÉOLIANE CAP'ACCIDENT

GARANTIE DÉCÈS - PTIA EN CAS D'ACCIDENT RÉF. 1/061

• Des Accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
• Des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe ou d'émeutes ;
• De l'éthylisme, de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'hallucinogènes non prescrits médicalement ou au-delà des doses prescrites ;
• De l'état des personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie d'une manière irréversible et qui nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien, de réadaptation et rééducation fonctionnelle ;
• D'un état de démence ;
• Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioacti vité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
• Des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs et activités suivants : courses automobiles, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3 000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat.

ARTICLE 10 - MODIFICATIONS DES GARANTIES

À l'échéance principale :

L'Adhérent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garantie ou de celui de l'un des Assurés, à la hausse ou à la baisse par écrit et au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification intervient à l'échéance de l'adhésion sous réserve de l'acceptation par le Gestionnaire.

Hors échéance principale :

À compter de la deuxième année, l'Adhérent a la possibilité de demander, à l'issue de la première échéance de l'adhésion, la modification de son niveau de garantie ou de celui de l'un des Assurés, à la hausse ou à la baisse, à tout moment, dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion et renouvelable annuellement sur cette base.
La modification intervient au premier jour du mois suivant sa demande.

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « Je modifie mon contrat et/ou mes informations »

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

En tout état de cause, les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation du Gestionnaire et sous réserve que l'Adhérent ait satisfait aux formalités prévues à l'article 2.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie ou le nouveau niveau de garantie de l'Assuré, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification.

L'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite. Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prend effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

Dans tous les cas : l'Adhérent reçoit un nouveau certificat d'adhésion indiquant les nouvelles garanties acquises à l'Adhérent et aux Assurés le cas échéant. La cotisation est ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification. La nouvelle cotisation est mentionnée dans ce certificat d'adhésion.

ARTICLE 11 - MODIFICATION DES ASSURÉS

À l'échéance principale : l'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou le retrait d'un Assuré par écrit et au plus tard 2 (deux) mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification intervient à l'échéance de l'adhésion sous réserve de l'acceptation par le Gestionnaire.

Hors échéance principale :

- Si un événement **survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité de Conjoint ou d'Enfant** par une personne que l'Adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite au Gestionnaire à cet effet dans un délai de deux (2) mois suivant cet événement.
Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme Assuré, la modification de l'adhésion prendra effet au 1er jour du mois suivant :
  - **suite à un jugement d'adoption pour un Enfant ;**
  - **suite à une union par mariage, PACS ou concubinage ;**
  - **suite à une radiation d'un Contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation) ;**

Par exception, la modification prend effet rétroactivement à la date de naissance du nouveau-né sous réserve de l'envoi du justificatif.

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prend effet au début du mois suivant 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'Assuré**, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les deux (2) mois suivant cet événement. La modification de l'adhésion prend 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 Conjoint ou Enfant :

- **à la date du décès ;**
- **à la date de séparation de corps ou de divorce (la prise d'effet de la modification sera le 1er jour du mois suivant la réception du justificatif) ;**
- **à la date de rupture du concubinage ;**
- **à la date de la rupture du Pacte civil de solidarité (PACS).**

Dans l'hypothèse où des prestations auraient été indûment versées à un Assuré n'ayant en réalité plus cette qualité, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement de ces prestations. Les garanties cessent de plein droit et sans formalité, pour l'individu ne remplissant plus les conditions d'Assuré au titre de la présente Notice d'information.

Dans tous les cas : l'Adhérent reçoit un nouveau certificat d'adhésion indiquant l'ajout ou le retrait d'un Assuré. La cotisation est ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification. La nouv

ARTICLE 12 - LES PRESTATIONS

L'Assuré ou le bénéficiaire doit déclarer au Gestionnaire, tout Sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du Contrat groupe, et ce dans un **délai maximum d'un (1) mois.**

L'Assuré ou le bénéficiaire doit adresser sa déclaration :

Sur l'espace adhérent :
https://assure-neoliane.meprotege.fr/home

Par courrier à l'adresse suivante :
CENTRE DE GESTION NÉOLIANE - BP 90051 - 31602 MURET Cedex

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture au Gestionnaire (ou le cas échéant au médecin-conseil du Gestionnaire) des justificatifs décrits ci-après :

En cas de décès accidentel :

- **Un extrait de l'acte de décès (délivré par la mairie du lieu de décès) ;**
- **Un certificat médical précisant la cause exacte du décès et, décrivant les circonstances détaillées de l'accident et sa date de survenance permettant d'établir le caractère accidentel du décès ;**
- **Un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois ;**
- **Un acte de notoriété ou une attestation de non-séparation de corps du conjoint survivant ou toutes justifications d'état civil permettant d'établir les bénéficiaires de l'assuré décédé ;**
- **La copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité de chaque bénéficiaire ;**
- **Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales.**
- **Le RIB/IBAN de l'ensemble des bénéficiaires de la prestation.**

Par ailleurs, le Gestionnaire se réserve le droit de demander tout justificatif complémentaire nécessaire à établir le caractère accidentel du décès.
Dans tous les cas le paiement du montant du capital garanti est indivisible à l'égard de l'assureur qui l'effectue contre quittance des bénéficiaires désignés.

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

- **Un certificat médical du médecin traitant de l'Assuré précisant la cause et la nature exacte de l'invalidité et si l'intéressé a besoin d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;**
- **Un justificatif d'attribution d'une pension d'invalide de 3e catégorie délivrée par la Sécurité sociale ;**
- **Tous éléments justifiant du caractère accidentel de l'Accident, sa date de survenance et ses circonstances précises (lieu, noms des témoins, etc).**

Le Gestionnaire se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces.

La date de survenance correspond à la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle telle que décrite dans la présente Notice du produit si celle-ci intervient dans les 12 mois suivant la date de l'Accident.

Le versement du capital garanti met fin à la garantie Décès accidentel pour l'Assuré ayant perçu la prestation :
Si, en cours d'adhésion, un Assuré a intentionnellement produit des documents ou des fichiers volés ou falsifiés, des informations mensongères, fait des déclarations fausses, inexactes ou réticentes, ou usé de moyens frauduleux, il peut lui être refusé le paiement de toutes les prestations quelle que soit l'époque à laquelle elles se rapportent. Il peut être mis fin à l'adhésion, sans préjudice de toute action en récupération des prestations indûment versées.

ARTICLE 13 - CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

Article 13.1. Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil du Gestionnaire peut demander à l'Adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utile et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le caractère accidentel du Sinistre.

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

En fonction du résultat de ces contrôles, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, le versement des prestations réalisé. **De convention expresse, l'Adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Assuré, le Gestionnaire pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.**

Article 13.2. Procédure d'expertise

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

Article 13.3. Arbitrage
En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que le Gestionnaire a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend.

À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix. À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 14 - COTISATIONS

a) Montant de la cotisation
La cotisation mensuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte des garanties choisies par les Assurés à l'adhésion. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

b) Variation de la cotisation
En cours d'adhésion, la cotisation peut varier en cas de :
- modification de la législation sociale et/ou fiscale ;
- hangement de garanties ;
- modification d'Assurés.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions règlementaires.

c) Révision de la cotisation
L'Assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature. Les augmentations de cotisations sont notifiées à l'Adhérent par écrit au moins trois (3) mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur.

L'Adhérent peut être informé par courrier, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne peut exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier l'adhésion dans les trente (30) jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes et charges parafiscales ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

d) Paiement de la cotisation
La cotisation est payable à terme à échoir, selon le fractionnement choisi par l'Adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement automatique est obligatoire quelle que soit la périodicité choisie et s'effectue au plus tard le 5 ou 10 du mois de la quittance éligible au titre des garanties du mois en cours.
Ce prélèvement est effectué par le Gestionnaire, sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement situé dans un Etat de l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent.

En cas de rejet de prélèvement, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'Adhérent.
À tout moment et dans la limite d'une fois par an, l'Adhérent a la possibilité, de modifier le fractionnement de la cotisation, en adressant une demande au Gestionnaire :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « Mes cotisations »

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Imm. Nouvel'R – Bat. C – CS 63278
06205 Nice Cedex 3

La cotisation est à payer au plus tard dix (10) jours après la date d'exigibilité indiquée sur la demande d'adhésion.

e) Défaut de paiement
En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation, le Gestionnaire envoie une lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée. Cette lettre vaut mise en demeure.

Faute de règlement, l'adhésion est alors résiliée quarante (40) jours après l'envoi de cette lettre.
La résiliation entraine, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion

pour des évènements survenus pendant la période suivant l'envoi de la mise en demeure.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation durant la période des quarante (40) jours suivant la mise en demeure, les garanties seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

ARTICLE 15 - SUBROGATION

En vertu de l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions des Assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ARTICLE 16 - PRESCRIPTION

Conformément au Code des assurances :

Article L114-1

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq (5) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :
1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent 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 lui ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent 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 (30) ans à compter du décès de l'Adhérent. »

Article L114-2

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

Article L114-3

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

Conformément au Code civil :
« Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription.
Article 2240
La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
Article 2241
La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.
Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
Article 2242
L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
Article 2243
L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
Article 2244
Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
Article 2245
L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.
En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.
Article 2246
L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

ARTICLE 17 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, service en ligne, téléphone) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.
L'Adhérent peut, à tout moment, s'adresser à son interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son contrat.
Si le litige éventuel demeure, L'Adhérent peut adresser une réclamation écrite :

· sur l'espace adhérent :

www.neoliane.fr/service-client,
rubrique «Réclamations»

· par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé – Service Qualité
143 Boulevard René Cassin
Imm. Nouvel'R – Bat. C CS 63278
06205 Nice Cedex 3

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhérent ne peuvent excéder :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si

la réponse définitive elle-même est apportée à l' Adhérent dans ce délai ;
- Soixante (60) jours calendaires maximum, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Médiation :
Si le désaccord persiste (ou en cas d'absence de réponse dans les deux mois suivant la date d'envoi de sa réclamation), la personne physique réclamante dispose de la faculté de faire appel au Médiateur compétent : le Médiateur de l'Assurance.

· par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09

· en ligne :

www.mediation-assurance.org,
rubrique : « Je saisis le Médiateur »

Le recours au Médiateur est gratuit et s'effectue sans préjudice des autres voies d'actions légales, dans un délai maximum d'un (1) an à compter de la date de la réclamation écrite.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux, mais ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure ; le délai de prescription de l'action en justice est suspendu à compter de la saisine du Médiateur compétent, et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Le Médiateur formule une proposition de solution dans un délai de quatre-vingt-dix jours (90) à réception du dossier complet. Le Gestionnaire et l'Adhérent restent libres de la suivre ou non.

ARTICLE 18 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Identification du responsable de traitement
Cette clause a pour objet d'informer l'Assuré de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel le concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après :
Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet de traitements listés ci-dessous, dont PREPAR-IARD est le responsable de traitement et Néoliane Santé le sous-traitant :

- **Souscription des contrats ;**
- **Gestion de la vie du contrat ;**
- **Encaissement et recouvrement des cotisations ;**
- **Gestion des réclamations ;**
- **Archivage des pièces de gestion et documents comptables;**
- **Lutte anti-blanchiment d'argent et financement du terrorisme.**

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement
Les données ont pour finalité de satisfaire la demande de l'Assuré et de permettre la passation, la gestion et l'exécution du contrat, la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, la lutte contre la fraude, le suivi dans le cadre de contentieux et l'amélioration des produits ou prestations. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Passation, Gestion et Exécution du contrat d'Assurance	• **Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis** • **Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat** • **Recouvrement** • **Gestion des réclamations et contentieux** • **Certaines données peuvent entrainer des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties** • **Exercice des recours et application des conventions entre assureurs** • **Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque** • **Etudes statistiques et actuarielles** • **Amélioration continue des offres et process**
Obligations légales	• **Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme** • **Respect des obligations légales, règlementaires et administratives**

Intérêt légitime	• **Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat** • **Prospection commerciale** Afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.

Les informations collectées seront conservées dans des bases de données sécurisées pour toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires.

Clause spécifique relative à la fraude

L'Assuré est également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles concernant l'Assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'Assureur et de Néoliane Santé. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données concernant l'Assuré pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux équipes ou sous-traitants de PREPAR IARD, aux membres du groupe BPCE, aux partenaires commerciaux de PREPAR IARD, aux équipes de Mutua Gestion et aux entités du GROUPE SANTIANE ainsi qu'a des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements des données personnelles de l'Assuré

Les données personnelles collectées par PREPAR IARD sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. S'agissant des traitements réalisés hors de PREPAR-IARD par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.
Les traitements de Néoliane Santé réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen (Maroc, Tunisie) concernent des opérations de gestion. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Les durées de conservation

Les données personnelles de l'Assuré sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement effectué, l'Assuré dispose dans les conditions prévues par la réglementation :

- **Droit d'accès : l'Assuré dispose du droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont les responsables de traitement disposent et demander que lui en soit communiquée l'intégralité.**
- **Droit de rectification : l'Assuré peut demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.**
- **Droit de suppression : l'Assuré peut demander aux responsables de traitement la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.**
- **Droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.**
- **Droit à la limitation du traitement : l'Assuré peut demander aux responsables de traitement de limiter le traitement de ses données personnelles.**
- **Droit à la portabilité des données : l'Assuré peut récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.**
- **Droit d'opposition : l'Assuré peut s'opposer au traitement de ses données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.**

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande :

Par courrier électronique :
dpo@neoliane.fr

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, l'Assuré peut introduire une réclamation auprès de la **Commission Nationale de l'Informatique et des**

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES NÉOLIANE CAP'ACCIDENT

GARANTIE DÉCÈS - PTIA EN CAS D'ACCIDENT RÉF. 1/061

Libertés, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Clause spécifique relative aux obligations règlementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, l'Assuré peut exercer son droit d'accès auprès de la **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.**

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de permettre à l'Assuré de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance, certaines données le concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront être utilisées pour lui adresser certaines offres commerciales.

L'Assuré dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales qu'il peut exercer à l'adresse ci-dessus (dpo@neoliane.fr).

ARTICLE 19 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est : **L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.**

ARTICLE 20 - DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Nous pourrons cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

Pour plus d'information : **www.bloctel.gouv.fr ou WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.**

ARTICLE 21 - SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre de l'adhésion au Contrat groupe dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

ARTICLE 22 - DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (notamment vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à partir de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un Sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du Sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat Néoliane Cap'Accident à laquelle j'ai adhéré en date du _____. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

Si le Contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un Contrat groupe.

En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'Adhérent peut renoncer au présent contrat.

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/serviceclient,
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarcharge

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat Néoliane Cap'Accident à laquelle j'ai adhéré en date du _____.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0090

ASSISTANCE PTIA ET DÉCÈS PAR ACCIDENT

ASSOCIATION GPST (GROUPEMENT POUR LA PREVOYANCE ET LA SANTE POUR TOUS), Association loi de 1901, immatriculé sous le numéro RNA « W751216092 », dont le siège social se situe 30-32, boulevard de Vaugirard – 75015 PARIS, a souscrit le contrat collectif n° **FIC25SAN0090**.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Téléphone : 09 82 06 60 08 (depuis la France)
+33 9 82 06 60 08 (depuis l'étranger)

Mail : assistance.personnes@filassistance.fr

Adresse : 108 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Télécopie : 09 77 40 17 87

Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance du Contrat, sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France.
Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité de ce dernier.
Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0090** auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.
Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance prévoyance Néoliane Prévoyance Cap'Accident distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0090**.

1 — DÉFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident corporel : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Adhérent : Toute personne physique, assurée au titre du contrat Néoliane Prévoyance Cap'Accident distribué par NÉOLIANE SANTÉ et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement au Domicile de l'Adhérent, tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

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, nouveaux animaux de compagnie (NAC) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarin ou canari), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Bénéficiaire : Toute personne vivant sous le même toit que l'Adhérent et résidant en France telle que définie au terme du Contrat susceptible de bénéficier de tout ou partie des prestations et garanties prévues au Contrat.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0090.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale ou secondaire de l'Adhérent situé en France.

Équipe médico-psycho-sociale : Médecins de FILASSISTANCE,
assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de FILASSISTANCE.

Évènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE. L'Evènement applicable pour chaque garantie est précisé au sein de ces dernières.

France : France métropolitaine, la Principauté de Monaco et la Principauté d'Andorre, les Départements-Régions d'Outre-Mer français.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : État d'une personne qui relève des droits :

- A l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
- Ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- Ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 3.

Proches :

- Conjoint de droit ou de fait, pacsé ou concubin,

- Ascendants directs ou descendants directs,
- Frères, sœurs, beau-père, belle-mère, gendre, belle-fille, beau-frère ou belle-sœur,
- Toute personne dont la perte d'autonomie nécessite la présente de l'Aidant,
- Toute personne apportant une aide humaine à un Adhérent en perte d'autonomie.

Zone de résidence : zone couvrant la France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre et les Départements-Régions d'Outre-Mer français.

2 — MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS

2.1 - Délivrance des prestations

FILASSISTANCE est accessible **24 heures sur 24, 7 jours sur 7** et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures **(hors jours fériés)**.

En cas de rapatriement prévu par les garanties d'assistance, FILASSISTANCE met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie :

- dans un délai maximum de dix (10) jours calendaires qui suivent un décès, à l'exception de la garantie « aide à domicile », pour laquelle le Bénéficiaire doit appeler FILASSISTANCE dans un délai maximum de sept (7) jours à compter du décès,
- au plus tard dans l'année de survenance de la Perte totale et irréversible d'autonomie.
-

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE.

Ā défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par FILASSISTANCE permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

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

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu à un remboursement a posteriori ou au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au Domicile d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre soit comme présentant un danger ou risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, ...) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard de FILASSISTANCE ou de l'un de ses prestataires.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2.2 - Remboursement des prestations

Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que l'intervention d'un prestataire auprès du Bénéficiaire n'est pas possible, FILASSISTANCE peut autoriser le Bénéficiaire à organiser lui-même la prestation.

Dans ce cas, FILASSISTANCE rembourse au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais, par virement, les frais engagés sous réserve de la transmission des justificatifs suivants :

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférent à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée* originale ou copie scannée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par FILASSISTANCE au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'Evènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Le remboursement est conditionné à l'obtention par le Bénéficiaire de l'accord préalable de FILASSISTANCE.

Le remboursement est toujours fait dans la limite de ce que FILASSISTANCE aurait pris en charge si elle avait organisé elle-même la prestation. Le Bénéficiaire s'engage à payer le cas échéant le reste à charge à son prestataire.

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

**Toute facture transmise dans un format ne garantissant pas l'inaltérabilité de cette dernière (.txt, .docx, .xlsx ou tout autre format permettant la modification de la facture a posteriori de son édition) ne permettra pas d'obtenir un remboursement.*

2.3 - Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce

médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. **En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un **délai maximal de 72 heures**.

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

2.5 - Conditions de prise en charge des Titres de transport

En cas de transfert sanitaire ou de transport organisé et pris en charge par FILASSISTANCE, le Bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, le Bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à FILASSISTANCE, et ce dans les 90 jours de son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le Bénéficiaire pour son retour seront pris en charge par FILASSISTANCE.

3 — TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATION ACCESSIBLE DÈS L'ADHÉSION

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaire : l'Adhérent

Informations santé 360	**Informations téléphoniques**

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS :
- DE SURVENANCE DE LA PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) D'UN BÉNÉFICIAIRE ;
- DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE CONSECUTIF À UN ACCIDENT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaire : l'Adhérent, ou les Proches dans le cas du décès de l'Adhérent ;
- par Évènement : la survenance de la PTIA, le décès

Accompagnement psychologique	*Les entretiens doivent être mis en œuvre dans les 12 mois suivant la date de survenance de l'Évènement*
· Bénéficiaires majeurs	**5 entretiens téléphoniques ET/OU 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien**
· Bénéficiaires mineurs	**5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien**
Aide à domicile	**20 heures maximum par Évènement À raison de 2 heures maximum par intervention, réparties sur 20 jours maximum**
Prise en charge des animaux domestiques	
· La visite de l'Animal au Domicile par un « pet sitter »	**Dans la limite de 15€ TTC par jour et de 150€ TTC par Évènement**
· OU la garde de l'Animal par un « pet sitter » au Domicile	
· OU la garde de l'Animal chez un « pet sitter »	

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaire : les Proches de l'Adhérent ;
- par Évènement : le décès

Aide à la recherche d'un opérateur funéraire	**Mise en relation sans prise en charge**
Aide à l'organisation des obsèques	
· Entretiens téléphoniques	**3 entretiens téléphoniques sur 90 jours**
· Appel de suivi	**1 appel de suivi dans les 12 mois à compter du décès**
Aide à la rédaction de documents administratifs *(Cette garantie est mise en œuvre sur une période de 12 mois à compter du décès)*	**4 heures maximum À raison de 2 heures minimum par intervention**

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaire : l'Adhérent ;
- par Évènement : le décès

Rapatriement de corps	**Frais réels**

4 – DÉTAIL DES GARANTIES

Les garanties ci-après sont octroyées selon les conditions et dans les limites prévues au paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

En cas de difficulté d'interprétation, il convient de faire prévaloir la rédaction du tableau synoptique des garanties du paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

4.1 - Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique**.

4.2 - Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes (ménage, préparation des repas, vaisselle, repassage et courses de proximité).

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l' Évènement devra être adressé à FILASSISTANCE **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

4.3 - Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire ou sa famille dans la recherche d'un opérateur funéraire qui pourra prendre en charge l'organisation des funérailles.

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire ou de sa famille.

4.4 - Aide à l'organisation des obsèques

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire décédé pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- Obsèques civiles ou religieuses,
- Prélèvements d'organes,
- Don du corps,
- Constatation de décès,
- Déclaration de décès,
- Chambres funéraires,
- Transports funéraires.

Les éventuels frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire.

4.5 - Information santé 360

FILASSISTANCE oriente et informe le Bénéficiaire dans les domaines de la santé suivants **(à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone)** :

• Apprécie les interrogations, préoccupations ou problèmes de santé du Bénéficiaire compte tenu des informations communiquées ;

• Communique des informations générales sur :
- Les pathologies (ex : pandémies ...),
- Les analyses médicales, notamment les analyses de sang, et les examens médicaux (IRM...) ;

• Communique des informations générales sur la santé au quotidien :
- Pharmacie : comment la constituer et disposer des médicaments essentiels,
- Connaître les gestes de secours (envoi d'une fiche pratique),
- Trousse de secours (voiture, voyage...) : comment la constituer,
- Automédication : les précautions à prendre,
- Vaccinations ;

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

• Délivre des informations en matière de :
- Prévention (avec envoi de fiches prévention par courrier, par mail),
- Médecine du voyage (précautions sanitaires et comportementales, ...).

• En cas d'ALD (affections de longue durée), maladies orphelines, maladies rares, maladies graves, l'Équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE est à l'écoute du Bénéficiaire, pour l'informer, l'accompagner dans le système de soins et le guider dans les démarches administratives.

De plus, le Bénéficiaire peut bénéficier d'informations sur :
- les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions),
- groupes de paroles,
- l'école à l'hôpital, activités ludiques, prêt de livres, jeux vidéo, associations proposant l'accompagnement par le biais d'animateurs qui jouent avec les enfants, organisation de goûter...

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

4.6 - Prise en charge des Animaux domestiques

Si les Animaux domestiques du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge **l'une** des prestations suivantes :

- la visite de l'animal au Domicile par un « pet sitter »,
- OU la garde de l'animal par un « pet sitter » au Domicile,
- OU la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique**.

4.7 - Aide à la rédaction de documents administratifs

Afin d'aider les proches dans la rédaction des documents administratifs liés au décès de l'Assuré, FILASSISTANCE met à leur disposition un intervenant compétent **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique**.

4.8 - Rapatriement de corps

En cas de décès du Bénéficiaire, FILASSISTANCE **organise et prend en charge le transport du corps du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France**.

Le transport entre l'aéroport international le plus proche du lieu d'inhumation est pris en charge dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

FILASSISTANCE prend également en charge :

- les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.),
- le coût d'un cercueil le plus simple (entrée de gamme) ou d'une urne pour le transport des cendres.

Si la crémation **a lieu sur le lieu de décès, FILASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement de l'urne funéraire.**

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge des proches du défunt.

Le choix des Sociétés intervenant dans le traitement du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de FILASSISTANCE Toutefois, en fonction de la volonté exprimée du défunt ou de son entourage, FILASSISTANCE peut accepter, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre.

Dans ce cas, la prise en charge financière ne pourra pas dépasser le montant qui aurait été engagé si la prestation avait été intégralement organisée par FILASSISTANCE.

5 – EXCLUSIONS

5.1 - Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de :

• les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;

• les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;

• les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;

• les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;

• les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;

• les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;

• les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou FILASSISTANCE cataclysme naturel ;

• les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;

• les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;

• les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion ;

• les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou FILASSISTANCE cataclysme naturel ;

• les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;

• les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;

• les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion ;

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE :

• tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;

• tous frais générés par un surplus de poids des bagages ou par un transport de ces derniers effectués par un tiers que celui-ci ait été ou non sollicité par le Bénéficiaire, et plus généralement ;

• tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE.

5.2 - Exclusions spécifiques aux rapatriements

Sauf dispositions contraires, sont exclus les rapatriements qui seraient la conséquence :

• de l'état de grossesse sauf complications imprévisibles et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine de grossesse ;

• des complications directement causées par une maladie ou une blessure dont la couverture est exclue ou limitée selon les termes et conditions du Contrat ;

• du traitement médical administré en milieu hospitalier par une personne ayant le même Domicile ou un lien familial avec l'Adhérent ;
• du séjour, des traitements ou des services reçus dans des centres de thalassothérapie, de balnéothérapie, d'hydrothérapie ou de naturopathie ;
• du séjour, de la convalescence et des soins infirmiers reçus lorsque l'Hospitalisation est réalisée dans un but autre que celui de recevoir un traitement médical ou lorsque le traitement reçu ne nécessite pas une Hospitalisation ;
• des soins hospitaliers relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie plastique sauf s'il s'agit d'une opération de chirurgie réparatrice consécutive à un Accident ou à une Maladie de l'Adhérent survenu pendant la Période de couverture du Contrat ;
• du traitement administré en milieu hospitalier des suites de pathologies et troubles addictifs liés à la consommation de drogues, narcotiques ou alcool y compris les cures de désintoxication ;
• du traitement administré en milieu hospitalier des troubles du comportement ou de l'attention, de l'hyperactivité, des troubles du spectre autistique, du trouble de l'opposition et du défi, des comportements antisociaux, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles affectifs ou d'adaptation, des troubles alimentaires ;
• des traitements conçus pour encourager les relations socio-émotionnelles, des thérapies par la communication, la psychothérapie ou le coaching sauf en cas de traitement psychiatrique par un médecin psychiatre par opposition à la psychanalyse ;
• d'une Hospitalisation résultant du traitement de l'obésité ;
• des traitements et des opérations effectuées en milieu hospitalier liés à un changement de sexe ;
• des diagnostics, des traitements effectués en milieu hospitalier ou des complications liés à la stérilisation, aux dysfonctionnements sexuels et à l'interruption de grossesse sauf sur décision ou conseil du corps médical.

6 - CLAUSES REGLEMENTAIRES

6.1 - Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

6.2 - Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ; la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions règlementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n° 16939, 4 Promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil, 01 53 73 22 22.

6.3 - Responsabilité

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra aux Bénéficiaires, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

6.4 - Autorité de contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

6.5 - Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

En tout état de cause, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, ou le cas échéant à compter de la date de réception de la réponse négative formulée par FILASSISTANCE, en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Réclamant, de saisir les tribunaux compétents.

6.6 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

• Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq (5) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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

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

La prescription est portée à dix (10) 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.

• Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

• Caractère d'ordre public de la prescription
Article L.114-3
Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

• Causes ordinaires d'interruption de la prescription
Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

• Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
Article 2240 du Code civil
La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

• Demande en justice
Article 2241 du Code civil
La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil
L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil
L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

• Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée
Article 2244 du Code civil
Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

• Étendue de la prescription quant aux personnes
Article 2245 du Code civil
L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil
L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

• Causes de report et de suspension de la prescription
Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil
La prescription ne court pas :
1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil
La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil
Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil
Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil
Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil
La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des

procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois.

Article 2239 du Code civil
La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (http://www. legifrance.gouv.fr).

- **Saisine du médiateur**

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

6.7 - Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

TITRE I
FORMATION - DÉNOMINATION - DURÉE - OBJET COMPOSITION - SIÈGE SOCIAL

ARTICLE 1 - CONSTITUTION

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

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

Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2 - OBJET

L'Association GPST a pour objet :

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

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

ARTICLE 3 - MEMBRES

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;

b) les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;

c) et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

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

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

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

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

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

ARTICLE 4 - SIÈGE SOCIAL

Le Siège Social est fixé 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

TITRE II
ADMINISTRATION

ARTICLE 5 - COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en courant d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

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

Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités

et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

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

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

ARTICLE 6 - MEMBRES DU BUREAU

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

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

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

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

ARTICLE 7 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

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

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

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

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

ARTICLE 8 - POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

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

ARTICLE 9 - REPRÉSENTATION EN JUSTICE

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

TITRE III
ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

ARTICLE 10 - COMPOSITION DES ASSEMBLÉES

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

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

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

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

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et

contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

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

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

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

ARTICLE 12 - COMPOSITION DU BUREAU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

ARTICLE 13 - PROCÈS-VERBAL

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

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

ARTICLE 14 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

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

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

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

ARTICLE 15 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

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

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

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

ARTICLE 16 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

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

TITRE IV
RESSOURCES – DÉPENSES – COMPTES

ARTICLE 17 - RESSOURCES

Les ressources de l'Association se composent :

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

ARTICLE 18 - DÉPENSES

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

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

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

ARTICLE 19 - COMPTES ANNUELS

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

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

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

ARTICLE 20 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

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

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

TITRE V
DISSOLUTION – DIVERS

ARTICLE 21 - DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION

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

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

ASSURANCE PRÉVOYANCE
Document d'information sur le produit d'assurance

néoliane — PREPAR-IARD ASSURANCE

Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr). Produit assuré et co-conçu par **PREPAR-IARD** – Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 PARIS LA DÉFENSE CEDEX – SA au capital de 800 000 € – RCS Nanterre 343 158 036 – N° LEI : 9695008UHMH3007T1B62 – Entreprise régie par le Code des Assurances – Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Papiers n° FR232581_03FWUB délivré par l'ADEME.

PRODUIT : NÉOLIANE CAP'ACCIDENT

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'Assuré. Toutes les informations sur ce produit sont présentes dans la documentation contractuelle et précontractuelle.

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

Le produit **Néoliane Cap'Accident** est un produit d'Assurance Prévoyance.
En cas de décès accidentel de l'Assuré, l'assureur garantit le versement d'un Capital souscrit par l'Assuré au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) consécutive à un Accident, l'Assureur garantit le versement d'un Capital à l'Assuré atteint de PTIA.

QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

✓ **LE DÉCÈS ACCIDENTEL**
En cas de décès accidentel de l'Assuré, il est versé le capital souscrit par l'Assuré au(x) bénéficiaire(s) qu'il aura désigné(s).

✓ **LA PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :**
En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré consécutive à un Accident, il est versé le capital à l'Assuré atteint de PTIA. Le versement de ce capital met fin à la garantie Décès accidentel.

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ **Aide à domicile** : en cas d'accident entrainant la survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'Adhérent ou le décès de l'Adhérent ;
- ✓ **Transfert et garde d'animaux domestiques** : en cas d'accident entrainant la survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'Adhérent ou le décès de l'Adhérent ;
- ✓ **Mise en relation avec un prestataire funéraire** : en cas d'accident entraînant le décès de l'Adhérent ;
- ✓ **Accompagnement en cas d'accident** entraînant le décès de l'Adhérent
- ✓ **Rapatriement de corps** : en cas de décès de l'Adhérent survenu lors d'un déplacement ;
- ✓ **Aide à la rédaction des documents administratifs** : en cas d'accident entraînant le décès de l'Adhérent.

« Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat ».

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✘ L'Hospitalisation en cas d'Accident ;
- ✘ Le remboursement de frais de santé ;
- ✘ Le décès consécutif à une Maladie ;
- ✘ La PTIA consécutive à une Maladie ;
- ✘ Les frais d'obsèques.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

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

- ! D'une Maladie ;
- ! Des Accidents dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de sa remise en vigueur (ou de toute augmentation de garantie), sauf si elles ont été déclarées à cette occasion à l'assureur et que ce dernier ne les a pas spécifiquement exclues des garanties ;
- ! Du suicide de l'assuré, quelle qu'en soit la cause ;
- ! Des tentatives de suicide, ou d'un fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait ;
- ! De la participation de l'assuré à un crime ou un délit comme co-auteur ou complice ;
- ! Des Accidents de la navigation aérienne sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- ! Des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- ! Des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe ou d'émeutes ;
- ! De l'éthylisme, de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'hallucinogènes non prescrits médicalement ou au-delà des doses prescrites ;
- ! D'un état de démence, à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool supérieur ou égal à celui prévu par la réglementation en vigueur ;
- ! Des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs et activités suivants : courses automobiles, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, etc.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Le versement du capital en cas de décès accidentel met fin à la garantie PTIA par accident
- ! Le versement du capital en cas de PTIA par accident met fin à la garantie décès accidentel.
- ! Le capital ne sera pas versé en cas de décès ou de PTIA survenu(e) 12 mois après l'accident garanti.
- ! En cas de PTIA, le capital ne sera pas dû si la consolidation intervient après que l'assuré ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse ou au 31 décembre du 65ème anniversaire de l'assuré même si l'accident qui est la cause est antérieure.

Cette liste n'est pas exhaustive.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

✓ Dans le monde entier pour tout déplacement de moins de 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois.
✓ En cas d'accident hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie, les prestations ne sont dues qu'à partir du rapatriement de l'assuré sur cette même zone géographique.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de non garantie, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :

A la souscription du contrat Groupe :
- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Résider en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie ;
- Être âgé(e) entre 18 ans et 75 ans inclus à la date d'adhésion figurant sur la demande d'adhésion ;
- être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'Assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat : ces changements peuvent dans certains cas entrainer la modification du contrat et de la cotisation.
- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, changement de domicile, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle) ;

Pour le versement de la prestation :
- Déclarer au Gestionnaire tout accident entrainant un décès ou une perte totale et irréversible d'autonomie dans un délai maximum d'un mois suivant le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie :
- Transmettre dans les délais prévus tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations dans un délai maximum de 2 ans à compter du décès ou de la PTIA.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de l'adhésion. La périodicité du paiement peut etre mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. L'adhésion est
conclue pour une durée initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement chaque année à sa date anniversaire, sauf en cas de résiliation.

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qui commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La couverture prend fin :
- en cas de déménagement hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou Nouvelle Calédonie ;
- à la date de résiliation quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la partie à l'origine ;
- à la date anniversaire de l'adhésion, l'année des 65 ans de l'Assuré pour la garantie PTIA ;
- à la date anniversaire de l'adhésion, l'année des 80 ans pour la garantie décès ;
- au jour du règlement du capital à l'Assuré en cas de PTIA ;
- ou encore, au jour du décès de l'Assuré.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de son échéancier. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances).
· Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : Néoliane Santé – Service Résiliation – **143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**
· Sur l'espace adhérent : **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »**

En cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.

Edition : Décembre 2024

N°01/061 & N° 2/013 - Edition : Décembre 2024

Prévoyance

néoliane

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3
www.neoliane.fr

Produit co-conçu et distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) et co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Produit assuré par **PREPAR-IARD** – Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 PARIS LA DÉFENSE CEDEX – SA au capital de 800 000 € – RCS Nanterre 343 158 036 – N° LEI : 9695008UHMH3007T1B62 – Entreprise régie par le Code des Assurances – Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Papiers n° FR232581_03FWUB délivré par l'ADEME.

Assistance : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex – SA au capital de 4 100 000 € – RCS Nanterre 433 012 689 – Entreprise régie par le Code des Assurances – N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.

Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !