

néoliane

Tempo Décès

GENERALI

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQC1030A_NI

+ Conditions Générales d'Assistance

+ Statuts GPST

Soyez prêt à toute éventualité, avec Néoliane Tempo Décès.



VOS PROCHES BÉNÉFICIERONT D'UNE ASSISTANCE DÉDIÉE :

Des services d'assistance pour les aider et les accompagner en cas de décès :

- Rapatriement du corps en cas de décès lors d'un déplacement (préparation du corps, cercueil approprié, formalité, transport) ;
- Déplacement d'un membre de la famille sur le lieu du décès ;
- Écoute psycho-sociale prenant en compte les étapes du deuil, etc... ;
- Mise à disposition d'un service d'aide à domicile, prise en charge des enfants, conduite à l'école, prise en charge des animaux domestiques, etc.



Protégez vos proches, assurez l'avenir de vos enfants et de votre conjoint

Anticiper sa disparition, qui peut parfois être soudaine, et ainsi assurer l'avenir de vos proches, est une démarche personnelle et rassurante.

Néoliane Santé vous propose Néoliane Tempo Décès, la solution pour vous permettre d'envisager votre avenir sereinement.

DES GARANTIES COMPLÈTES

DÉCÈS

En cas de décès du à un accident ou à une maladie pendant la période d'adhésion, Néoliane Santé vous verse le montant du capital fixé dans le formulaire d'adhésion.

Limite d'âge aux prestations : 69 ans

PTIA

En cas de PTIA de l'assuré pendant la période d'adhésion (accident ou maladie), Néoliane Santé vous verse le montant du capital décès fixé dans le formulaire d'adhésion.

Limite d'âge aux prestations : 65 ans

MALADIE REDOUTÉE (OPTION)

Option
MALADIE REDOUTÉE
Limite d'âge aux prestations
60 ans

Choisissez votre capital entre 10 000€ et 40 000€

Quelles maladies sont garanties ?

Cancer, infarctus du myocarde, AVC, insuffisance rénale grave, transplantation d'un organe vital, Parkinson, sclérose en plaque, Alzheimer.

Si la survenance d'une maladie redoutée intervient pendant la période d'adhésion, Néoliane Santé vous verse 30% du capital souscrit au titre de la garantie Décès.

NOUS CONTACTER

04 92 17 53 58
(du lundi au vendredi de 9h à 18h, appel non surtaxé)

www.neoliane-sante.fr/service-client



ASSISTANCE PRÉVOYANCE

PROFITEZ DES SERVICES DE L'ASSISTANCE

COMMENT CONTACTER L'ASSISTANCE ?

Un numéro unique pour être pris en charge par nos conseillers :

09 82 06 60 08
(+33 9 82 06 60 08 depuis l'étranger)
24h/24 7 jours/7

ou par mail

assistance.personnes@filassistance.fr

LE SAVEZ-VOUS ?

Avec Néoliane Tempo Décès, vous bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat prévoyance !

DANS QUELLES SITUATIONS JOINDRE L'ASSISTANCE ?

Votre contrat Néoliane Tempo Décès vous offre l'essentiel des garanties d'assistance.

Que ce soit en cas d'événements soudains, imprévisibles, traumatisants, de perte totale irréversible d'autonomie, de décès ou de maladie redoutée, votre assistance met en place des prestations adaptées pour vous aider ou aider vos proches dans ces moments difficiles.

Découvrez ci-après comment nous pouvons vous accompagner suivant votre situation

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES
EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le contrat « Néoliane Tempo Décès » est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'association GPST auprès de GENERALI VIE, Entreprise régie par le Code des assurances – SA au capital de 332 321 184 euros – RCS Paris n°602 062 481 – 2 rue Pillet-Will 75009 Paris – Société appartenant au groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026, distribué par Néoliane Santé, et géré par MUTUA GESTION. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Generali Vie. Les droits et obligations de l'Assuré peuvent être modifiés par des Avenants au Contrat.

Le montant de la cotisation de l'Assuré est défini quatre critères : la(les) garantie(s) choisie(s), le capital choisi, le critère non-fumeur/fumeur et l'âge millésimé de l'assuré. La cotisation évolue chaque année à l'échéance principale, en fonction de l'âge atteint par l'assuré.

Le Contrat prévoit (article 1 de la Notice d'information), le versement d'un capital en cas de :

Garanties obligatoires

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Garantie facultative

- Survenance d'une maladie redoutée (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral avec symptômes de lésions cérébrales permanentes, insuffisance rénale irréversible, transplantation d'organe(s) vital(aux), cancer, sclérose en plaques - avec syndromes persistants, maladie d'Alzheimer et maladie de Parkinson),

selon les garanties souscrites par l'Assuré et mentionnées sur le certificat d'adhésion.

Le Contrat prévoit également un service d'assistance fourni par Filassistance.

Les exclusions prévues par le Contrat sont mentionnées par l'article 11 de la Notice d'Information.

La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé. L'adhésion se fait au moyen d'une Demande d'adhésion remplie et signée par l'Adhérent.

L'adhésion est conclue pour une durée initiale de un an à compter de la date d'effet. Elle se reconduit ensuite annuellement par tacite reconduction.

La cotisation est payable d'avance. L'Adhérent peut opter pour un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion au présent Contrat pendant trente jours (30) calendaires révolus 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 demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

› Sur internet : **www.neoliane-sante.fr/service-client**

› 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 L112-2-1 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.
Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

Les relations précontractuelles et contractuelles avec Generali Vie sont régies par le droit français. Generali Vie s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat.
En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice, l'Assuré ou le bénéficiaire des prestations peut contacter le Gestionnaire selon les modalités détaillées à l'article 13 de la présente Notice d'information, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Examen des réclamations :

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, appel téléphonique) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.
Pour toute réclamation, l'Adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

› Sur internet : **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Réclamations »**

› Par courrier à l'adresse suivante : **Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin – Immeuble 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'Assuré dans ce délai ;
Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe chargée d'y répondre.

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

Médiation :

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations ou en l'absence de réponse, vous pouvez saisir le Médiateur de France Assureurs :

› Par courrier à l'adresse suivante : **La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09**

› En ligne : **http://www.mediation-assurance.org**

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'à l'issue d'un délai de deux mois après l'envoi de votre première réclamation écrite.

néoliane

Tempo Décès

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° EQC1030A

Le contrat d'assurance Néoliane Tempo Décès est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par le Code des assurances.
Le contrat groupe est géré dans le cadre de la convention n° 15 000 284, signée avec l'Association GPST. Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information qui définit notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.

En cas de modification des garanties (cf. Article 7.4), le dernier Certificat d'adhésion adressé à l'Adhérent vient compléter l'ensemble de ces documents qui constitue de façon indissociable le Contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.
Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférent sera du ressort exclusif des tribunaux français.

L'Assureur et co-concepteur du Contrat Groupe est **GENERALI VIE**, Entreprise régie par le Code des assurances – SA au capital de 332 321 184 euros – RCS Paris n°602 062 481 – 2 rue Pillet-Will 75009 Paris – Société appartenant au groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026 – Siège Social : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris, ci-après dénommée 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 – Siège social : 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, ci-après dénommée l'« **ASSOCIATION GPST** ». L'Association GPST souscrit auprès de l'Equité 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 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.

Cette Notice d'information est régie par le droit français et notamment le Code des assurances. L'assureur s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

DÉFINITIONS

ADHÉRENT(E)/ASSURÉ(E) : La personne physique qui adhère à l'association GPST et s'engage à en payer la cotisation et sur la tête de laquelle repose le risque.

CONJOINT DE L'ADHÉRENT : Époux, épouse, non séparé de droit ou de corps, ni en instance de divorce, personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité, ou concubin (par production d'un justificatif officiel de vie commune).

DÉLAI D'ATTENTE : Période qui suit la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle la survenance d'un risque ne donne lieu à aucune indemnisation, et ce, de façon définitive.

ENFANTS : Enfant(s) de l'adhérent, nés ou à naitre, vivants ou représentés.

MALADIE REDOUTÉE : Par Maladie Redoutée, on entend l'une des maladies suivantes :

• **Infarctus du myocarde**

Il s'agit d'une nécrose irréversible du muscle cardiaque survenant par suite d'une réduction de la circulation coronarienne de la zone affectée. Les trois critères de diagnostic suivants doivent être réunis pour que les prestations soient dues :

- anomalies ischémiques récentes et persistantes à l'électrocardiogramme,
- augmentation des enzymes sanguines d'origine cardiaque,
- anomalies échographiques en relation avec l'atteinte myocardique ou ventriculo-graphique ou isotopique. Une évaluation précise de la fonction cardiaque avec ECG de repos et épreuve d'effort sera réalisée, ainsi qu'un bilan fonctionnel du ventricule gauche. Les prestations sont dues dès lors que des troubles du rythme et/ou d'insuffisance cardiaque sont relevés.

• **Accident vasculaire cérébral avec symptômes de lésions cérébrales permanentes**

Nécrose du tissu cérébral, due à un apport sanguin insuffisant ou à une hémorragie intracrânienne, ayant pour conséquence des dommages neurologiques permanents avec symptômes cliniques persistants.
Pour l'application du contrat, on entend par « accident » un dommage corporel, provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure. **Les lésions de toutes natures, les opérations chirurgicales,**

les maladies même violentes telles qu'apoplexies, congestions, insolations ne sont jamais considérées comme des accidents.

• **Insuffisance rénale irréversible**
Est prise en considération la défaillance chronique et irréversible des deux reins, impliquant la mise en place d'une dialyse rénale régulière ou la transplantation d'un rein.

• **Transplantation d'organe(s) vital(aux)**
Intervention chirurgicale portant sur la transplantation chez l'assuré de l'un des organes suivants : cœur, poumon, foie, pancréas, rein ou moelle osseuse. Par personne assurée, on entend uniquement le transplanté et non le donneur d'organe.

• **Cancer**
Par cancer, on entend l'ensemble des tumeurs malignes solides dont le diagnostic positif a été confirmé de manière histologique et caractérisées par la prolifération anarchique de cellules malignes ainsi que l'invasion et la destruction des tissus sains. Sont concernés : Lèvre-bouche-Pharynx, œsophage, estomac, colon rectum, foie, pancréas, larynx, poumon, mélanome de la peau, sein, col de l'utérus, corps de l'utérus, ovaire, prostate, testicule, vessie, rein, système nerveux central, thyroïde.

• **Sclérose en plaques – avec syndromes persistants**
Est couvert un diagnostic définitif de sclérose en plaques par un neurologue. Des altérations cliniques de la fonction motrice ou sensorielle, persistants de manière continue depuis au moins six mois, doivent être constatées.

• **Maladie d'Alzheimer**
Sont couvertes les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et appartenant du fait de la maladie aux groupes GIR 1 ou GIR2 précédemment définis.

• **Maladie de Parkinson**
Sont couvertes les personnes présentant une altération clinique permanente de la fonction motrice avec tremblements associés, raideur musculaire et instabilité.

PTIA : Invalidité physique ou intellectuelle rendant l'assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.

« NON-FUMEUR » : L'assuré est considéré comme « non-fumeur » à condition qu'il ne fume pas ou qu'il ait arrêté de fumer (la cigarette ou toutes autres substances) depuis au moins 24 mois continus, sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical. Il est précisé que la cigarette électronique est assimilée à la cigarette traditionnelle.

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir le paiement d'un capital en cas de :

Garanties obligatoires
- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Garantie facultative
- Survenance d'une Maladie Redoutée (liste exhaustive énumérée dans les définitions ci-dessus), selon les garanties souscrites par l'assuré et mentionnées sur le certificat d'adhésion.

ARTICLE 2 - PERSONNES ASSURABLES - CONDITIONS D'ADHÉSION

Toutes les personnes physiques sont assurables dans le cadre du présent contrat, sous réserve de répondre, à la date de leur demande d'adhésion, aux conditions cumulatives suivantes :

- être résidentes en France métropolitaine (Corse comprise), dans les DOM/COM ou à Monaco,
- être âgées (*), au jour de la demande d'adhésion et selon les garanties souscrites, de :
  → Décès / PTIA : 18 à 64 ans inclus,
  → Maladie Redoutée : 18 à 58 ans inclus.

(*) âge calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance.

Il est précisé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'assureur entrainera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances. Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'assureur. La fausse déclaration non intentionnelle n'entraine pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre ou à la résiliation de l'adhésion.

ARTICLE 3 - MONTANT ASSURABLE

Le montant du capital en cas de Décès ou PTIA, est compris entre 10 000 et 40 000 euros.
5 choix sont possibles : 10 000 €, 20 000 €, 25 000 €, 30 000 € ou 40 000 €.

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET - DURÉE / RENOUVELLEMENT - RÉSILIATION

4.1. Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion complétée et signée, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

4.2. Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée initiale d'un an à compter de la date d'effet qui constitue l'échéance principale de l'adhésion.
L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction à l'échéance principale, sauf en cas de résiliation ou au terme des garanties choisies.

4.3. Résiliation de l'adhésion

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

Formes de la résiliation
Lorsque la résiliation émane de l'Adhérent, elle doit être transmise, au choix :

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

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, elle doit être adressée par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

Conséquences de la résiliation
Les garanties restent acquises jusqu'à la date de prise 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.

Résiliation par l'Adhérent
L'Adhérent peut résilier son adhésion :
- À l'échéance selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de votre échéancier. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances) ;
- Si son contrat d'assurance est modifié par l'Assureur et ne lui convient plus. L'Adhérent en sera informé par courrier au moins deux (2) mois avant la prise d'effet des modifications et pourra résilier son contrat au plus tard un (1) mois après réception de ladite information.

Résiliation par l'Assureur
L'Assureur peut résilier son adhésion :
- En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation (L.141-3 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 envoi de la lettre de mise en demeure.
- 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 soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de 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 trente (30) 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.

Résiliation par l'Adhérent ou par l'Assureur
L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'adhésion en cas de changement de situation matrimoniale (si le changement entraîne une modification tarifaire). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent le changement susévoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur.
Dans tous les cas, la résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la demande par lettre.

Résiliation de plein droit
L'adhésion est résiliée de plein droit :
- en cas de décès de l'Adhérent. En présence d'autres Assurés au titre de l'adhésion, les garanties sont maintenues pour l'ensemble de la famille si un conjoint est assuré en qualité d'Assuré. S'il n'y a pas de conjoint, l'adhésion est résiliée en date du décès et une nouvelle adhésion est proposée aux Assurés du Contrat groupe (s'ils respectent les conditions d'adhésion), qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation du précédent contrat ;
- si tous les Assurés ont atteint la limite d'âge de garantie (80 ans), la résiliation intervient à l'Échéance anniversaire qui suit le 80ème anniversaire de la dernière personne assurée.
- si l'Adhérent ne remplit plus les conditions requises pour la qualité d'Adhérent (ex. : ne réside plus en France métropolitaine). 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.

Résiliation ou Modification du Contrat groupe (entre l'Assureur et le Souscripteur GPST)
Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPST dans les conditions prévues à l'article R.141-6 du Code des assurances. 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 peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par tout type de moyen 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 à 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 5 - DÉLAI D'ATTENTE

Les garanties souscrites sont acquises 10 mois après la date d'effet du contrat.
Ainsi :

- **Tout décès ou PTIA, dû à une maladie ou un accident dont l'origine se situe pendant le délai d'attente, ne donnent droit à aucune prestation au titre de cette garantie.**
- **Toutefois, l'assureur s'engage à rembourser la totalité des cotisations perçues, à l'assuré en cas de PTIA ou au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré.**
- **Toute maladie redoutée dont le diagnostic est effectué pour la première fois pendant le délai d'attente ne donne droit à aucune prestation au titre de cette option.**

Toutefois, l'assureur s'engage à rembourser les cotisations perçues au titre de la garantie maladie redoutée qui prend fin. Seules les garanties obligatoires Décès et PTIA continuent de s'exercer.

ARTICLE 6 - COTISATIONS

6.1. Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est fonction :

- des garanties obligatoires et de la garantie facultative souscrite,
- du capital assuré, mentionné sur le certificat d'adhésion,
- de l'âge atteint (*) par l'assuré,
- de la déclaration « non-fumeur » renseignée par l'assuré

(*) Les cotisations sont calculées selon l'âge atteint, l'âge s'obtenant par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les cotisations évoluent chaque année à l'échéance principale, en fonction de l'âge atteint par l'assuré et en fonction des éventuels changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance, conformément aux dispositions de l'article 7 « Modifications en cours d'assurance ».

6.2. Révision de la cotisation

L'assureur peut être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques, en accord avec l'association.
Dans ce cas, les augmentations de cotisations seront notifiées à l'adhérent par écrit au moins trois mois avant l'échéance principale.
L'adhérent pourra être informé par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.
L'adhérent pourra refuser cette augmentation en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception du courrier.

6.3. Paiement des cotisations

Les cotisations sont dues dès la prise d'effet des garanties. Elles sont payables d'avance annuellement avec possibilité de fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, au choix de l'adhérent.
Pour le fractionnement mensuel, le paiement doit obligatoirement être effectué par prélèvement bancaire.
Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 5 ou 10 du mois précédant la quittance. En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

6.4. 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.

ARTICLE 7 - MODIFICATIONS EN COURS D'ASSURANCE

7.1. Modification des garanties

<u>Si la garantie optionnelle « Maladie Redoutée » n'est pas souscrite :</u>
L'assuré a la possibilité de demander une modification du montant du capital de ses garanties obligatoires, par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance principale du contrat. Le changement prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.
Si la modification entraine une baisse du capital alors aucun nouveau délai d'attente n'est appliqué.
Si la modification entraine une augmentation du capital alors le délai d'attente de 10 (dix) mois sera réinitialisé sur le montant de capital supplémentaire venant d'être rajouté.
Le rajout de la garantie optionnelle « Maladie Redoutée » en cours de vie d'adhésion n'est pas possible.

<u>Si la garantie optionnelle « Maladie Redoutée » est souscrite :</u>
L'assuré a la possibilité de demander la suppression de cette garantie optionnelle ou bien une modification du montant du capital de ses garanties obligatoires, par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance principale du contrat.
Le changement prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.
Si la modification entraine une baisse du capital alors aucun nouveau délai d'attente n'est appliqué.
Si la modification entraine une augmentation du capital alors le délai d'attente sera réinitialisé sur le montant de capital supplémentaire venant d'être rajouté. **Cette modification à la hausse n'est pas possible si la garantie « Maladie Redoutée » a déjà été déclenchée.**

7.2. Changements ayant une incidence sur les conditions tarifaires

L'Adhérent devra informer l'assureur par écrit des changements liés à la « déclaration spéciale non-fumeur » que l'Adhérent a rempli à l'adhésion. **Ainsi, l'Adhérent s'engage à prévenir l'assureur s'il devenait fumeur ou « non-fumeur » (au sens de la définition mentionnée en début de Notice).**
Dans ce cas, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. En cas d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

ARTICLE 8 - ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont acquises en France métropolitaine, en Corse et dans le monde entier hors séjour de plus de 60 jours et hors pays déconseillés. Tout séjour de plus de 60 jours doit être notifié à l'assureur.

Cependant :

- En cas de décès survenant hors de France métropolitaine

(Corse comprise), des DOM/COM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.
- En cas de PTIA ou de Maladie redoutée survenant hors de France métropolitaine (Corse comprise), des DOM/COM ou de Monaco, le constat devra être établi au moyen de documents émanant de l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation consulaire française du lieu.

L'assureur pourra convoquer l'assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DOM/COM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'assuré si celui-ci est à l'étranger au moment du sinistre.
Les prestations sont dans tous les cas payées en France et en euros.

ARTICLE 9 - LES PRESTATIONS

9.1. Décès

Prestation :
En cas de décès de l'assuré avant le 70ème anniversaire, quelle qu'en soit la cause, l'assureur verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) le montant du capital mentionné sur le certificat d'adhésion (ou, l'avenant éventuellement établi ultérieurement).

Remarques :
- **L'ensemble des garanties et des prestations prend fin à la date du décès de l'assuré.**
- **En cas de versement par anticipation du montant de la prestation prévue au titre de la garantie Maladie Redoutée, celui-ci viendra en déduction du montant éventuellement dû au titre de la garantie décès.**

9.2. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Prestation :
En cas de PTIA de l'assuré avant le 66ème anniversaire, quelle qu'en soit la cause, l'assureur verse à l'assuré le montant du capital mentionné sur le certificat d'adhésion (ou, avenant éventuellement établi ultérieurement).

Remarques :
- **L'ensemble des garanties et des prestations prend fin à la date de versement du capital en cas de PTIA.**
- **En cas de versement par anticipation du montant de la prestation prévue au titre de la garantie Maladie Redoutée, celui-ci viendra en déduction du montant éventuellement dû au titre de la garantie PTIA.**

9.3. Maladie Redoutée

Prestation :
En cas de survenance d'une des Maladies Redoutées **avant le 61ème anniversaire de l'assuré**, quelle qu'en soit la cause, l'assureur verse à l'assuré par anticipation une prestation correspondant à 30% du capital prévu en cas de décès ou de PTIA.

Remarques :
- **Il ne sera versé qu'un seul capital au titre de la Maladie redoutée quel que soit le nombre de maladies redoutées.**
- **Le versement du capital en cas de survenance d'une Maladie Redoutée met fin à la garantie Maladie Redoutée.**

ARTICLE 10 - BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

10.1. En cas de Décès

L'assuré peut désigner le ou les bénéficiaire(s) de son choix lors de son adhésion au contrat ou ultérieurement par avenant au contrat.
Cette désignation pourra être mentionnée sur le certificat d'adhésion ou sur un avenant à son adhésion mais pourra également revêtir tout autre forme juridiquement valable (comme par exemple un acte sous seing privé ou authentique porté à la connaissance de l'assureur).
A défaut d'une telle désignation, l'assureur retiendra la clause bénéficiaire suivante : **le conjoint de l'assuré non séparé de corps ou de droit, ni en instance de divorce, à défaut les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut les héritiers de l'assuré.**

L'attention de l'assuré est attirée sur le fait qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit, à laquelle l'adhérent aurait donné son accord écrit, cette désignation devient irrévocable, sauf renonciation écrite faite par le bénéficiaire acceptant ou dans le cas où le droit en dispose autrement. La liberté de l'assuré de modifier la désignation bénéficiaire peut dès lors être limitée par l'acceptation du bénéficiaire.

10.2. En cas de PTIA ou de Maladie Redoutée

Le bénéficiaire des prestations est exclusivement l'assuré.

ARTICLE 11 - EXCLUSIONS

SONT EXCLUS DE TOUTES LES GARANTIES :

- **Les conséquences de guerre civile ou étrangère.**
- **Le suicide ou la tentative de suicide, lorsqu'il survient moins d'un an après la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré.**
- **Les conséquences d'émeutes ou de mouvements populaires lorsque l'assuré y prend une part active.**
- **Les conséquences de faits intentionnels causés ou provoqués par l'assuré ou par le ou les bénéficiaires de l'adhésion.**

- **Les suites de la participation de l'assuré à une rixe, un crime ou un délit, sauf cas de légitime défense, de devoir professionnel ou d'assistance à personne en danger.**
- **Les risques résultant d'un accident de 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 ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même.**
- **Les risques consécutifs à des acrobaties, exhibitions, tentatives de record, paris, participation à des défis, essais préparatoires qui les précèdent.**
- **Les risques consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome.**
- **Les conséquences de tout phénomène de radioactivité.**
- **Les conséquences d'une conduite en état d'ivresse si l'assuré est reconnu responsable et est porteur d'un taux d'alcoolémie au titre du Code de la route ou conduisait sous l'emprise de drogues, stupéfiants ou produits toxiques et médicaments non prescrits ou consommés au-delà des doses prescrites.**
- **Les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion.**
- **La pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération.**
- **La pratique à titre amateur des sports et activités suivantes : parapente, ultra léger motorisé (ULM), deltaplane, parachutisme, skysurf, wingsuit, saut à l'élastique, kitesurf, rafting, canyoning, plongée sous-marine avec appareil autonome, ski hors-piste sans moniteur diplômé, alpinisme sans guide breveté, escalade, spéléologie, sports de combat (toutes formes de boxes, catch, free fight, full contact) et sports ou activités nécessitant l'usage d'engins à moteur.**

ARTICLE 12 - FIN DES GARANTIES ET/OU DES PRESTATIONS

Il est précisé que les garanties et/ou prestations cessent pour tous les risques :

- **en cas de non paiement des cotisations,**
- **à la date de résiliation de l'adhésion, quelle qu'en soit le motif.**
- **au jour du règlement par l'Assureur du capital en cas de Décès ou de P.T.I.A.**

Par ailleurs, les garanties et/ou prestations cessent quand les limites d'âge de couverture suivantes sont atteintes :

- **au 70ème anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès,**
- **au 66ème anniversaire de l'assuré pour la garantie P.T.I.A.,**
- **au 61ème anniversaire de l'assuré pour la garantie Maladie Redoutée.**

ARTICLE 13 - FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE

La demande d'indemnisation devra être effectuée à :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051 - 31602 MURET CEDEX

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'assureur devront avoir lieu en France métropolitaine, dans les DOM/COM ou à Monaco. Il conviendra de fournir à l'assureur dans les meilleurs délais le certificat d'adhésion et ses éventuels avenants, les pièces listées ci-après, ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire par l'assureur au règlement des prestations.

13.1. En cas de Décès

- une déclaration du représentant de l'assuré, sur l'imprimé établi par l'assureur,
- un acte de décès,
- un certificat médical (*) post-mortem - sur l'imprimé établi par l'assureur - précisant le genre de maladie ou d'accident auquel a succombé l'assuré,
- la clause bénéficiaire et ses avenants éventuels,
- la photocopie de la carte nationale d'identité du ou des bénéficiaire(s) désigné(s) ou tout document en cours de validité attestant de l'identité,
- une copie du livret de famille pour les personnes mariées, une copie de la convention de Pacs ou des justificatifs de vie commune pour les concubins (si le bénéficiaire est le conjoint),
- le Relevé d'Identité Bancaire du ou des bénéficiaire(s) désigné(s),
- un acte de naissance de moins de trois mois de l'Adhérent et des bénéficiaire(s), avec les mentions marginales (si le bénéficiaire est le conjoint),
- une attestation sur l'honneur du conjoint précisant le statut marital au moment du décès et la non séparation de corps (si le bénéficiaire est le conjoint),
- acte de notoriété indiquant la dévolution successorale (si les bénéficiaires ne sont pas identifiés).

(*) Si le décès survient hors de la France Métropolitaine, d'un DOM COM ou de Monaco, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

13.2. En cas de PTIA

- une déclaration de l'assuré ou de son représentant, sur l'imprimé établi par l'assureur,
- un certificat médical du médecin de l'assuré, sur l'imprimé établi par l'assureur, précisant que l'assuré est en état de PTIA nécessitant d'avoir recours à une tierce personne ainsi que la date de constatation médicale,
- la photocopie de la carte nationale d'identité ou tout document en cours de validité attestant de l'identité de l'assuré,
- un acte de naissance de moins de trois mois de l'assuré,
- le Relevé d'Identité Bancaire de l'assuré.

13.3. En cas de Maladie Redoutée

- une déclaration de l'assuré, sur l'imprimé établi par l'assureur,
- un certificat médical, sur imprimé établi par l'assureur, précisant, la nature de la pathologie et la date du premier diagnostic effectué,
- la photocopie de la carte nationale d'identité ou tout document en cours de validité attestant de l'identité de l'assuré,
- un acte de naissance de moins de trois mois de l'assuré,
- le Relevé d'Identité Bancaire de l'assuré.

ARTICLE 14 - CONTRÔLE, EXPERTISE MÉDICALE ET ARBITRAGE

Sous peine de déchéance de garantie, l'assuré doit se soumettre à tous examens que l'assureur jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits susceptibles d'affecter le règlement du sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.

Les médecins missionnés par l'assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'assuré, afin de procéder à tout contrôle et pouvoir constater son état.
Dans le cas où l'assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné par l'assureur doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.
L'assuré doit toujours indiquer à l'assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.
En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.
Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

ARTICLE 15 - 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 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 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'Assuré. »

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'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. »

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.
En outre, conformément aux dispositions des articles 2240 et suivants du Code civil, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment en cas de :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240) ;
- demande en justice, même en référé, et même 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 2241).

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242).
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 2243) ;

- · mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244).
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. 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 2245). »

ARTICLE 16 - EXAMENS DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, appel téléphonique) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

Pour toute réclamation, l'Adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

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

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble 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 accu-ser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l'Assuré dans ce délai ;
- Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe chargée d'y répondre.

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

Médiation
Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations ou en l'absence de réponse, vous pouvez saisir le Médiateur de France Assureurs :

Par courrier à l'adresse suivante :
M. le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.

En ligne :
www.mediation-assurance.org

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'à l'issue d'un délai de deux mois après l'envoi de votre première réclamation écrite.

ARTICLE 17 - TRAITEMENT ET COMMUNICATION DES INFORMATIONS

Identification du responsable de traitement des données à caractère personnel

GENERALI VIE, Entreprise régie par le Code des assurances – SA au capital de 332 321 184 euros – RCS Paris n°602 062 481 – 2 rue Pillet-Will 75009 Paris – Société appartenant au groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026, est responsable de traitement en tant qu'Assureur, à l'exception des opérations suivantes, dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé en tant que Délégataire :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des cotisations ;
- Gestion et règlement des Sinistres ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Finalités du traitement des données à caractère personnel

Les données traitées ont pour finalité de satisfaire à la demande de l'Adhérent et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat, y compris des mesures de prévention en lien avec ce contrat.

À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice de 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, règlementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale, sous réserve du consentement de l'Adhérent ou de son droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Les bases juridiques des traitements correspondant à ces finalités sont les suivantes :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat / de l'adhésion ou de mesures précontractuelles Et Consentement pour les données de santé collectées dans le cadre de la souscription de garanties spécifiques	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que l'obligation d'information, délivrance de conseil, devis ou simulation d'assurance - Réalisation d'actes de souscription / d'adhésion, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours - Réclamations et contentieux - Prise de décision liée à la souscription / l'adhésion ou l'exécution du contrat. Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription / l'adhésion et l'exécution du contrat / de l'adhésion, notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect de toute obligation légale, réglementaire et/ou administrative

néoliane

Tempo Décès

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° EQC1030A

Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude, si besoin au moyen de techniques de ciblage, afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non-fraudeuses au contrat / de l'adhésion. - Etudes statistiques et actuarielles. - Amélioration continue des offres. - Amélioration continue des process, notamment, la recherche des assurés et des bénéficiaires, au moyen de confrontation de données en vue de fiabiliser nos bases de données à caractère personnel, et le renforcement de la connaissance des clients à risques au niveau du Groupe GENERALI.

Informations complémentaires dans le cadre du traitement des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et non collectées auprès de lui :

Catégorie de données susceptibles d'être transmises à l'Assureur :

· Etat civil, identité, données d'identification
· Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
· Numéro d'identification national unique.

Source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, d'autres organismes d'assurance et de toute autorité administrative.
Les données utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent également être obtenues dans le cadre d'opérations de parrainage ou de la part d'organismes autorisés.

Destinataires ou catégories de destinataires des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant l'Adhérent pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe GENERALI et aux entités du Groupe SANTIANE ainsi qu'aux partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes concernées, aux sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à la réalisation des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et règlementaires, les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe GENERALI pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe GENERALI.

Localisation des traitements des données personnelles de l'Adhérent

Le Groupe GENERALI France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité des données de l'Adhérent.
Aujourd'hui, les data centers du Groupe GENERALI sur lesquels sont hébergées les données de l'Adhérent sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.
S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI France 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 réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, l'envoi ponctuel d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique conforme à la réglementation (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).
Les traitements de Néoliane Santé afférents aux opérations de gestion, tel que le traitement de demandes clients, sont également susceptibles d'être réalisés en dehors de l'Espace Economique Européen. Le cas échéant, ces traitements opérés depuis des pays tiers (Maroc, Tunisie) font l'objet d'un encadrement juridique spécifique (Clauses contractuelles types, Règles d'entreprise contraignantes).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès des Délégués à la Protection des Données des responsables de traitement dont les coordonnées sont indiquées ci-dessous.

Durée de conservation

Les données à caractère personnel de l'Adhérent sont conservées par GENERALI VIE selon les durées fixées par les législations, les réglementations applicables et les autorités administratives ainsi que de ses contraintes opérationnelles, dont notamment la satisfaction de ses obligations comptables, la gestion pertinente de la relation client, l'instruction d'actions en justice ou de demandes émanant d'organismes publics.

Exercice des droits
Dans le cadre du traitement effectué, l'Adhérent dispose dans les conditions prévues par la règlementation :

- **D'un droit d'accès** : droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont les responsables de traitement disposent et demander que l'intégralité lui soit communiquée.
- **D'un droit de rectification** : droit de demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- **D'un droit de suppression** : droit de 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.
- **Du droit de définir des directives** relatives au sort de ses données personnelles en cas de décès.
- **D'un droit à la limitation du traitement** : droit de demander aux responsables de traitement de limiter le traitement de ses données personnelles.
- **D'un droit à la portabilité des données** : droit de 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 de traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.
- **D'un droit de retrait** : droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.
- **D'un droit d'opposition** : droit de s'opposer au traitement de ses données personnelles, notamment concernant la prospection commerciale et plus généralement les finalités de traitement ayant pour base légale l'intérêt légitime.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles
L'Adhérent peut exercer ces droits sur simple demande :

Pour le Délégataire :

Par voie électronique :
www.neoliane-sante.fr/service-client/b2b rubrique « Je souhaite exercer un droit concernant mes informations personnelles »

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

Pour l'Assureur :
Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande :

Adresse électronique :
droitdacces@generali.fr

Par courrier à l'adresse suivante :
GENERALI VIE
Conformité
Délégué à la protection des données personnelles
TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09

Il pourra être demandé à l'Adhérent de justifier de son identité si les responsables de traitement ne parviennent pas à l'identifier de façon certaine.

Cas spécifique dans le cadre du démarchage téléphonique
Si l'Adhérent est un consommateur et qu'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.
L'Assureur pourra cependant toujours le contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, concernant son contrat, ou pour lui proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

Droit d'introduire une réclamation concernant le traitement des données à caractère personnel de l'Adhérent
Par ailleurs, l'Adhérent peut introduire une réclamation concernant le traitement de ses données à caractère personnel auprès de la :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
3 Place de de Fontenoy
TSA 80715
75334 Paris Cedex 07

ARTICLE 18 - 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 19 - 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 groupe est vendu à distance :
On entend par vente à distance le Contrat groupe conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (notamment de 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 compter de la date de signature du Contrat groupe, soit à compter du jour ou l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un sinistre survient pendant ce délai de quatorze (14) jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.
La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

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

néoliane

Tempo Décès

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° EQC1030A

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 :

Conformément aux dispositions de l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit 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.

Si le Contrat groupe 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.
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 avec demande d'avis de réception pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif 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 renconcer au présent Contrat groupe.

La demande de renonciation doit être adressée :

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

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 démarchage à domicile

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 au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit 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° FIC25OBS0096**

ASSISTANCE DÉCÈS TOUTES CAUSES

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° **FIC25OBS0096.**

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.

Où s'appliquent les garanties ?

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

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° **FIC25OBS0096** 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 Tempo Décès distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25OBS0096**.

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 : Dommage corporel provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure à l'exclusion des lésions de toutes natures, les opérations chirurgicales, les maladies même violentes telles qu'apoplexies, congestions ou insolations.

Adhérent : Toute personne physique, assurée au titre du contrat Néoliane Tempo Décès 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).

AGGIR : Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

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.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de droit ou de corps, ni en instance de divorce ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil (par production d'un justificatif officiel de vie commune) ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC25OBS0096**.

Dépendance : Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Domicile : Le lieu habituel de résidence principale ou secondaire du Bénéficiaire en France.

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

Établissements de soins publics ou privés : Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

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, les Principautés de Monaco et d'Andorre, les Départements-Régions d'Outre-Mer français.

Hospitalisation : Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée **supérieure à 24 heures**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie.

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

Maladies redoutées : Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dyalisée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique , complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont l'appréciation est laissée à la charge des médecins de FILASSISTANCE.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : État d'une personne nécessitant la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne, attesté par un certificat médical et dont l'assuré n'avait pas connaissance dans les 6 mois précédents la demande.

Proche : Les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint de l'Adhérent tel que défini ci-dessus ainsi que les frères, sœurs, beau-père, belle-mère, gendre, belle-fille, beau-frère ou belle-sœur.

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

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre : zone couvrant la France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

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 :

(i) dans un délai maximum de vingt (20) 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 de l'immobilisation au Domicile, la sortie d'une Hospitalisation ou le décès.**

(ii) uniquement dans le cadre des garanties de rapatriement, la date de l'attestation médicale aux termes de laquelle est constatée une aggravation de santé consécutive à l'Evènement donnant lieu au bénéfice des garanties.

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

À 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 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.

À 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

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE SURVENU LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50KM DU DOMICILE ET D'UNE DURÉE INFÉRIEURE A 90 JOURS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s),
- par Évènement : Le décès.

Rapatriement de corps	Frais réels
Venue d'un Proche pour les démarches administratives en cas de décès du Bénéficiaire	1 Titre de transport par Évènement 50 € TTC maximum par nuit d'hôtel (petit-déjeuner inclus) dans la limite de 2 nuits par Évènement
Retour des accompagnateurs	1 Titre de transport (billet retour uniquement)

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s),
- par Évènement : Le décès.

Aide à la recherche d'un opérateur funéraire	Mise en relation sans prise en charge *(Cette garantie doit être exercée au plus tard dans les 20 jours qui suivent le décès)*
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum répartis sur une période maximale de 90 jours *(Cette garantie doit être exercée au plus tard dans les 20 jours qui suivent le décès)*
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur une période maximale de 20 jours par Évènement *(Le bénéfice de cette garantie doit être demandé dans les 7 jours suivant le décès)*
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les enfants handicapés ***(Cette garantie doit être exercée au plus tard dans les 20 jours qui suivent le décès)***	
Garde au Domicile	20 heures maximum réparties sur une période maximale de 20 jours par Évènement
OU Transfert des ascendants chez un Proche	1 Titre de transport par enfant et pour l'adulte accompagnant
OU Venue d'un Proche jusqu'au Domicile	1 Titre de transport
Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice	1 Titre de transport par jour et par enfant dans la limite de 5 jours maximum répartis sur une période de 3 semaines
Garde des ascendants dépendants	
Garde au domicile	20 heures maximum réparties sur une période maximale de 20 jours par Évènement
OU Transfert des ascendants chez un Proche	1 Titre de transport par ascendant
OU Venue d'un Proche jusqu'au domicile	1 Titre de transport
Garde des animaux domestiques	20 interventions sur une période maximale de 20 jours par Évènement *(Cette garantie doit être exercée au plus tard dans les 20 jours qui suivent le décès)*

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE SURVENANCE DE LA PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : l'Adhérent.
- par Évènement : La survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Bilan personnalisé	2 bilans maximum sur une période maximale de 12 mois par Évènement
Bilan situationnel téléphonique avec un ergothérapeute	1 bilan situationnel par Évènement *(Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant la réalisation du bilan personnalisé)*
Enveloppe de services	50 unités par Evènement *(1 enveloppe valable pendant 6 mois uniquement)*

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS :
- D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 5 JOURS LIÉE A UNE MALADIE REDOUTÉE ;
- SURVENANCE DE LA MALADIE REDOUTÉE NÉCESSITANT UN TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE
- D'AGGRAVATION DE LA MALADIE REDOUTÉE NÉCESSITANT UN TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE,, ENTRAINANT UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE 10 JOURS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent, son Conjoint, et leurs enfants.
- par Évènement : la Maladie redoutée.

Enveloppe de services	50 unités *(1 enveloppe valable pendant 12 mois, peu importe le nombre de pathologies)*
Téléassistance	Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois d'abonnement par Évènement

4 – DÉTAIL DES GARANTIES

4.1 - Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice

Si personne ne peut s'occuper des enfants du Bénéficiaire restés seuls au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice.

4.2 - 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.

4.3 - Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile afin de le soulager dans ses tâches 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.

4.4 - 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.

4.5 - Bilan personnalisé

FILASSISTANCE organise et prend en charge un bilan personnalisé par une assistante sociale. Celle-ci évalue les besoins d'accompagnement de l'Adhérent en prenant en compte sa ou ses problématiques :

- Réalisation d'un diagnostic pour identifier les besoins et repérer les points de vigilance ;
- Aide à la réflexion ;
- Envoi d'une note de synthèse ;
- Si nécessaire, un suivi téléphonique sur 6 mois peut être proposé pour la coordination et la mise en œuvre du plan d'actions.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

À l'issue de ce bilan et si la situation le nécessite, un accompagnement complémentaire est mis en place : Bilan situationnel au téléphone par un ergothérapeute.

4.6 - Bilan situationnel téléphonique avec un ergothérapeute

L'ergothérapeute évalue la situation du Bénéficiaire dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).

À la fin de l'intervention de l'ergothérapeute, un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du Domicile sera remis au Bénéficiaire.

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du Domicile du Bénéficiaire, FILASSISTANCE met le Bénéficiaire en relation avec une structure qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour apporter une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de son logement :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- établissement par ces prestataires de devis et diagnostic portant sur des réparations à effectuer,
- vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis,
- suivi des travaux, des coûts, des délais,
- contrôle du procès-verbal de fin de travaux.

Le coût des travaux est à la charge du Bénéficiaire.

4.7 - Enveloppe de services (en cas de PTIA)

FILASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire une enveloppe de services **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord au Bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

Enveloppe de services pour le Bénéficiaire
Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Auxiliaire de vie	1 heure	2 unités
Présence d'un Proche	1 Titre de transport + hébergement *(dans la limite de 2 nuits (petits-déjeuners inclus) à concurrence de 50 € TTC par nuit)*	10 unités
Transfert chez un Proche	1 Titre de transport (dans un rayon de 50km autour du Domicile)	10 unités
Livraison de médicaments *(seule la livraison est prise en charge, le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	4 unités
Livraison de courses *(seule la livraison est prise en charge, le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	6 unités
Portage de repas *(seule la livraison est prise en charge, le coût du repas reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	2 unités
Coiffure à Domicile	1 déplacement	1 unité
Portage d'espèces	1 portage	4 unités

4.8 - Enveloppe de services (en cas de maladie redoutée)
FILASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire une enveloppe de services **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord au Bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

Enveloppe de services pour le Bénéficiaire
Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Présence d'un Proche	1 Titre de transport + hébergement *(dans la limite de 2 nuits (petits-déjeuners inclus) à concurrence de 50 € TTC par nuit)*	10 unités
Transport aux rendez-vous médicaux	1 Titre de transport (dans un rayon de 50km autour du Domicile)	6 unités
Livraison de médicaments *(seule la livraison est prise en charge, le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	4 unités
Livraison de courses *(seule la livraison est prise en charge, le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	6 unités
Portage de repas *(seule la livraison est prise en charge, le coût du repas reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	2 unités
Coiffure à Domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 Titre de transport par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 Titre de transport par jour	4 unités

Enveloppe de services pour un enfant	Unité de mesure	Valeur unitaire
Garde d'enfant malade	1 heure	2 unité
Présence d'un Proche	1 Titre de transport + hébergement *(dans la limite de 2 nuits (petits-déjeuners inclus) à concurrence de 50 € TTC par nuit)*	10 unités
Transport aux rendez-vous médicaux	1 Titre de transport (dans un rayon de 50km autour du Domicile)	6 unités
Livraison de courses *(seule la livraison est prise en charge, le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	6 unités
Portage de repas *(seule la livraison est prise en charge, le coût du repas reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	2 unités
Coiffure à Domicile	1 déplacement	1 unité

4.9 - Garde des animaux domestiques
Si les Animaux domestiques du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde au Domicile.

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

4.10 - Garde des ascendants dépendants
Si ne peut s'occuper des ascendants dépendants du Bénéficiaire, vivant habituellement au Domicile et

restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique** ;
- OU le transfert des ascendants 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.

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

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 à 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.

4.12 - 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 en France 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 ou d'une urne pour le transport des cendres à concurrence de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

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.

4.13 - Retour des accompagnateurs

En cas de décès du Bénéficiaire survenu lors d'un déplacement, FILASSISTANCE prend en charge le retour des personnes qui voyageaient avec lui.

4.14 - Téléassistance

Afin de sécuriser le maintien au domicile du Bénéficiaire, FILASSISTANCE prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au Domicile, ainsi que les frais d'accès au service. Les frais d'accès comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à Domicile, l'avertissement du réseau de proximité et si besoin, le transfert de l'appel au plateau médical et le contact des services d'urgence.

FILASSISTANCE rembourse le Bénéficiaire dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique, sous réserve de la réception des factures justifiant les frais engagés.

4.15 - Venue d'un Proche pour les démarches administratives en cas de décès du Bénéficiaire

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du Bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un membre de sa famille sur place, si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux.

Dans ce cas, FILASSISTANCE prend en charge, sur justificatifs, les frais de séjour à l'hôtel de cette personne **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau des garanties.**

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 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 risques résultant d'un accident de 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 ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;

- 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 d'Accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ;

- 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 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 d'Accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ;

- 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

Produit co-conçu et co-distribué par GROUPE SANTIANE HOLDING – 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), et distribué par NÉOLIANE SANTÉ – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Assuré et co-conçu par GENERALI VIE, Entreprise régie par le Code des Assurances - 2 rue Pillet-Will 75009 Paris. Société appartenant au groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026.

PRODUIT : NÉOLIANE TEMPO DÉCÈS

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 sur ce produit sont dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

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

Le produit NÉOLIANE TEMPO DÉCÈS est un produit d'Assurance Prévoyance en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie et de maladie redoutée, il est destiné à verser un capital à l'adhérent principal ou à ses bénéficiaires. Le montant du capital versé est compris entre 10 000 et 40 000€.

QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ Un capital en cas de décès
- ✓ Un capital en cas de perte total et irréversible d'autonomie

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

Versement de 30% du capital choisi en cas de déclenchement d'une maladie redoutée

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ **Perte totale et irréversible d'autonomie :** bilan situationnel au téléphone par un ergothérapeute.
- ✓ **Maladie redoutée :** Téléassistance.
- ✓ **Décès :** Rapatriement du corps, Déplacement d'un proche sur le lieu du décès, Aide à la recherche d'un prestataire funéraire etc.

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

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✘ Les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ;
- ✘ Le décès/perte totale irréversible d'autonomie ou la maladie redoutée survenant dans le délai d'attente.

Cette liste n'est pas exhaustive.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Le suicide ou la tentative de suicide, lorsqu'il survient moins d'un an après la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré ;
- ! Les conséquences de guerres civiles ou étrangères ;
- ! Les conséquences d'émeutes ou de mouvements populaires lorsque l'assuré y prend une part active ;
- ! Les conséquences de faits intentionnels causés ou provoqués par l'assuré ou par le ou les bénéficiaires de l'adhésion ;
- ! Les suites de la participation de l'assuré à une rixe, un crime ou un délit, sauf cas de légitime défense, de devoir professionnel ou d'assistance à personne en danger ;
- ! Les risques consécutifs à des acrobaties, exhibitions, tentatives de record, paris, participation à des défis, essais préparatoires qui les précèdent ;
- ! Les conséquences d'une conduite en état d'ivresse, sous l'emprise de drogue, stupéfiants ou produits toxiques et médicaments non prescrits ou consommés au-delà des doses prescrites

Cette liste n'est pas exhaustive.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

La garantie Néoliane Tempo Décès est accordée dans le monde entier hors séjour de plus de 60 jours et hors pays déconseillés.

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 :
- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Être âgés, à la date de prise d'effet du contrat, d'au moins 18 ans et jusqu'à 64 ans inclus pour le décès/la perte totale et irréversible d'autonomie et 58 ans inclus pour la maladie redoutée ;
- Être résidents, fiscalement et de façon permanente, en France métropolitaine
- 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 contrat :
- Informer l'assureur des évènements suivants, dans les 30 jours suivants leur connaissance

En cas de sinistre :
- Déclarer le sinistre
- Fournir tous les documents justificatifs prévus au contrat et nécessaires au paiement des prestations prévues.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les paiements des cotisations sont effectués par prélèvement bancaire automatique.
La périodicité de prélèvement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion. L'assuré dispose d'un délai de renonciation de 30 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. Les garanties prennent effet après un délai d'attente de 10 mois à compter de la date d'effet du contrat.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction. La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quel qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire la première année puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux mois. 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 ».**

Enfin, 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.

EQC1030A_NI – Édition : Décembre 2024

Tempo Décès

néoliane

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3
www.neoliane.fr

Produit 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 N°B 510 204 274 – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré par GENERALI VIE – Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 94 630 300 euros - RCS Paris n° 552 062 663 - 2 rue Pillet-Will 75009 Paris) - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026.

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 !