

néoliane

Soutien Financier

GENERALI

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES
N° EQC1083A_NI_08/2023
+ CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSISTANCE
+ STATUTS GPST

Soutien Financier

LA COUVERTURE IDÉALE EN CAS DE COUP DUR

Le contrat Néoliane Soutien Financier c'est une solution simple et complète vous permettant d'assurer le maintien d'un revenu fixe en cas de perte d'emploi ou d'incapacité temporaire totale de travail. Vous vous assurez d'être accompagné pour faire face à vos dépenses courantes en cas d'aléa, vous permettant de protéger votre budget et votre niveau de vie.

Statistiquement, les déclarations concernent en grande majorité l'incapacité de travail, dû à un accident par exemple.



LES AVANTAGES DE NÉOLIANE SOUTIEN FINANCIER

- ✔ Anticiper les difficultés, qu'elles soient passagères ou non, permettant ainsi de gérer son budget.
- ✔ Jusqu'à 24 mois d'indemnisation (calculé sur toute la durée du contrat).
- ✔ Aucun questionnaire financier à remplir.
- ✔ 19 indemnités au choix entre 100 et 1000€ (par palier de 50€) mensuels.
- ✔ Un contrat sans formalité d'adhésion.
- ✔ Assistance incluse : aide au retour à l'emploi, accompagnement personnalisé avec des professionnels, garde d'enfant pendant les entretiens d'embauche, bilan d'employabilité...

EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

- › Thomas a 37 ans. Chaque mois ses dépenses récurrentes s'élèvent à plus de 1500€ entre le crédit, la nounou de son enfant, les factures d'énergie, etc.
- › Un jour, en se rendant au travail en vélo, il subit un accident le contraignant à 180 jours d'ITT (Incapacité Temporaire totale de Travail).
- › Thomas avait souscrit au produit Néoliane Soutien Financier pour le forfait 500€ pendant 6 mois.
- › Grâce à Néoliane Soutien Financier, Thomas pourra couvrir une partie de ses dépenses.
- › 120 jours après le premier jour de son arrêt de travail, son indemnisation débutera (pour les 60 jours restants). Thomas touchera alors son forfait mensuel de 500€ pendant 2 mois.

ASSISTANCE PRÉVOYANCE

PROFITEZ DES SERVICES DE L'ASSISTANCE

LE SAVEZ-VOUS ?
Avec Néoliane Soutien Financier, vous bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat prévoyance !



COMMENT CONTACTER L'ASSISTANCE ?
Rien de plus simple, un numéro unique le 09 82 06 60 08 (+33 9 82 06 60 08 depuis l'étranger) pour être pris en charge par un de nos conseillers. Et cela, 24H/24, 7 jours/7, pour vous accompagner au quotidien dans les imprévus de la vie.

DANS QUELLES SITUATIONS JOINDRE L'ASSISTANCE ?
Votre contrat Néoliane Soutien Financier vous offre l'essentiel des garanties d'assistance, qui vous sont détaillées dans le tableau ci-après.
Que ce soit en cas de perte d'emploi soudaine liée à un licenciement ou en cas d'incapacité temporaire totale de travail, votre assistance met en place des prestations adaptées pour vous aider dans ces moments difficiles.
Découvrez ci-dessous comment nous pouvons vous accompagner suivant votre situation, ou n'hésitez pas à nous joindre directement au 09 82 06 60 08 (+33 9 82 06 60 08 depuis l'étranger) pour échanger avec un interlocuteur dédié.

ASSISTANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

- ✓ **Retour à l'emploi**
(accompagnement, techniques de recherches d'emplois, prospections d'offres d'emploi...)
- ✓ **Taxi mobilité pour les entretiens d'embauche**
(organisation et prise en charge à hauteur de 100€ d'un trajet entre-tien-domicile : 2 fois pas an)
- ✓ **Garde d'enfant pendant les entretiens d'embauche**
(4 heures réparties sur 30 jours avec un minimum de 2h par venue : une fois par an)
- ✓ **Présence d'un proche pendant les entretiens d'embauche**
(prise en charge d'un A/R taxi/train/avion d'un proche résidant en France)
- ✓ **Information juridique**
(service d'information juridique, appels illimités)
- ✓ **Soutien psychologique**
(entretiens téléphoniques ou face à face)
- ✓ **Coach pour vous aider à la gestion du budget**
- ✓ **Bilan employabilité**
(Pré diagnostic d'employabilité et plan d'actions permettant votre retour à l'emploi)

ASSISTANCE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Faits générateurs :
Accident ou maladie entraînant une immobilisation supérieure à 30 jours

- ✓ **Aide-ménagère**
- ✓ **Auxiliaire de vie**
- ✓ **Présence d'un proche (1 déplacement aller et/ou retour)**
- ✓ **Transfert chez un proche (1 déplacement aller et/ou retour)**
- ✓ Livraison de médicaments
- ✓ **Livraison de courses**
- ✓ **Portage des repas**
- ✓ **Coiffure à domicile**
- ✓ **Portage d'espèces**

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

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 l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr, 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**

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.

Le contrat d'assurance Néoliane Soutien Financier est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe. Il est souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous), association régie par la loi du 1er juillet 1901 – 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, auprès de GENERALI IARD (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) - Sociétés appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026). L'assureur délègue la gestion au Gestionnaire : 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 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

La cotisation annuelle est calculée en fonction du montant de l'indemnité mensuelle et de la durée de versement choisis par l'Assuré.

Le Contrat prévoit (article 2 de la Notice d'information), sous réserve des exclusions prévues à l'article 8 de la Notice d'information, le versement d'une indemnité mensuelle (choisi par l'Assuré au moment de sa souscription) en cas de perte d'emploi ou d'Incapacité Temporaire totale de Travail.
Le Contrat prévoit également un service d'assistance fourni par Filassistance.
Les exclusions prévues par le Contrat sont mentionnées par l'article 8 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.
La durée minimale de l'adhésion est d'un an à compter de sa date d'effet.
L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction à date anniversaire puis au 1er janvier de chaque année qui est l'échéance du contrat, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5.5 « Résiliation ».
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 quatorze jours (14) 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. Si un Sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.
Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr, 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**

Les relations précontractuelles et contractuelles avec l'assureur sont régies par le droit français. l'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat.

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 sera supporté par l'Adhérent et ne pourra faire l'objet d'aucun remboursement.

néoliane

Soutien Financier

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQC1083A_NI

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance Néoliane Soutien Financier est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par le Code des assurances.
Il est dénommé ci-après le « Contrat groupe ».

Une adhésion au Contrat groupe est composée des documents suivants :

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

En cas de modification des garanties (cf. Article 5.3), 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 IARD** - 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, 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 Generali IARD ce Contrat groupe au profit de ses adhérents.

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce 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 **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 « **Gestionnaire** ».

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.

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure survenue après la prise d'effet des garanties du contrat.

Adhérent : La personne physique qui adhère au Contrat « Néoliane Soutien Financier » et qui est désignée comme telle au Certificat d'adhésion résidant en France Métropolitaine et âgée d'au moins 18 ans et jusqu'à 59 ans inclus.

Assuré : La personne physique habilitée à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même.

Avenant : Document contractuel constatant une modification.

Déchéance : Perte du droit à l'indemnité d'assurance, soit en cas de fausse déclaration, soit en cas de non-respect des conditions de son exercice.

Délai de carence : **Période consécutive de 180 jours pour Incapacité Temporaire totale de Travail (ITT) et Perte d'Emploi (PE) décomptés à partir de la date d'effet d'adhésion à l'assurance, pendant laquelle le risque n'est pas couvert.**

Délai de Franchise : **Nombre de jours consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible ; soit 120 jours d'arrêt de travail en cas d'Incapacité Temporaire totale de Travail ; soit 45 jours de chômage en cas de Perte d'Emploi.**

Domicile : Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'Adhérent en France métropolitaine.

Échéance : Date à laquelle l'Adhérent doit payer sa cotisation.

Incapacité Temporaire totale de Travail : Est considéré en Incapacité Temporaire totale de Travail, l'Assuré se trouvant temporairement, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité complète, même à temps partiel, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle depuis au moins 120 jours

consécutifs (période de franchise), sous réserve qu'au 1er jour d'arrêt de travail, l'Assuré exerce effectivement une activité professionnelle rémunérée ou perçoive des allocations Assedic ou d'organismes assimilés.

Perte d'emploi : Est considéré en Perte d'Emploi, l'Assuré ayant été licencié (licenciement pour motif économique, pour motif personnel non fautif ou pour motif personnel fautif simple) après avoir été en contrat de travail à durée indéterminée et bénéficiant du revenu de remplacement prévu par les articles L5421-1 à L5422-1 du Code du travail. La date d'entrée en Perte d'Emploi sera réputée être celle du 1er jour indemnisé par France Travail au titre du revenu de remplacement. La garantie entre en jeu après prise en compte de la période de carence de 180 jours et à l'expiration d'un délai de franchise de 45 jours consécutifs d'indemnisation au titre du revenu de remplacement. **La garantie n'entre en jeu que si l'Assuré peut justifier de 12 mois consécutifs d'activité salariée au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée au moment du sinistre et que sa Perte d'Emploi concerne la rupture de ce contrat de travail.**

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

2.1 Les garanties

Le présent Contrat groupe a pour objet de garantir à l'Assuré le versement d'un forfait mensuel en cas d'Incapacité Temporaire totale de Travail (ITT) ou de Perte d'Emploi (PE).

2.2. Les Services non assurés par l'Assureur

Les services d'assistance inclus dans la garantie sont assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les Conditions Générales de l'assisteur, figurant en annexe 1 de la présente Notice.

ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer au présent Contrat groupe et sera dénommée « l'Assuré » toute personne physique :

- âgée d'au moins 18 ans et jusqu'à 59 ans inclus à la date de signature de la demande d'adhésion ;
- ayant sa résidence principale et fiscale en France métropolitaine ;
- exerçant une activité professionnelle rémunérée salariée (les TNS et gérants assimilés salariés sont exclus) en France métropolitaine ;
- membre de l'Association GPST dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée à la même périodidité que la cotisation d'assurance. À ce titre, l'Adhérent recevra une copie des statuts de l'association.

Il est porté à la connaissance de l'adhérent que le présent contrat est fourni de manière exclusivement électronique. Ainsi, il ne pourra être exigé l'usage du papier au cours de l'exécution contractuelle.

ARTICLE 4 - COTISATIONS

4.1. Montant de la cotisation

La cotisation est due à partir du jour de la prise d'effet de l'adhésion. La cotisation, taxes actuelles comprises, est déterminée en fonction du montant de l'indemnité et de la durée de versement choisis par l'Assuré lors de sa demande d'adhésion.

4.2. Dates et modalités de paiement de la cotisation

La cotisation figurant sur la demande d'adhésion puis sur l'avis d'échéance sont à payer au plus tard dix (10) jours après la date d'Échéance indiquée au Certificat d'adhésion.
La cotisation est payable par prélèvement effectué sur sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement composant l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent.
À chaque échéance, l'Adhérent reçoit un appel de cotisation. L'Adhérent a la possibilité, à chaque échéance annuelle du Contrat et sous condition d'en avoir fait la demande écrite auprès du Gestionnaire deux (2) mois auparavant, de modifier le mode de paiement et le fractionnement de la cotisation.

4.3. Résiliation pour défaut de paiement

Si l'Adhérent ne paie pas la cotisation dans les dix (10) jours de son exigibilité, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure au dernier domicile connu.
Faute de règlement, l'adhésion est alors résiliée quarante (40) jours après l'envoi de cette lettre. La résiliation entraine, pour l'Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des évènements survenus pendant la période suivant l'envoi de la mise en demeure.
En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation durant la période des quarante (40) jours suivant la mise en demeure, les garanties seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

4.4. Modification du montant de la cotisation

Le montant de la cotisation est révisable annuellement.

ARTICLE 5 - VIE DU CONTRAT

5.1. Prise d'effet de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'Adhérent de la demande d'adhésion. L'adhésion prend effet à compter du jour indiqué sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, pour une période initiale de 12 mois.
La date d'effet de l'adhésion est toujours fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

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

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction à date anniversaire puis au 1er janvier de chaque année qui est l'échéance du contrat, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5.5 « Résiliation ».

5.2. Cessation de l'adhésion et des garanties

L'adhésion et les garanties prennent fin en tout état de cause :

1) En cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L113-3 du Code des assurances ;

2) Au plus tard, le 1er jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit le 65ème anniversaire de l'Assuré ;

3) À l'échéance annuelle suivant la demande de résiliation par l'Assuré ;

4) Pour les garanties perte d'emploi et incapacité temporaire totale de travail : au jour de la liquidation de la pension de retraite ou de préretraite de la Sécurité Sociale pour les salariés ;

5) Si l'Assuré a touché vingt-quatre (24) mois d'indemnisation.

5.3. Modifications du Contrat

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la baisse, sur internet ou par écrit simple :

Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr,
rubrique «Modifier mon contrat et/ou mes informations»

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

Cette modification ne pourra être effectuée qu'à l'issue de la première échéance de son adhésion dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois d'adhésion.
Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite.
Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prendra effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.
Les avenants à la hausse ne sont pas autorisés.
Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat, conclus entre l'Assureur et l'Association GPST. L'Adhérent est préalablement informé de ces modifications.

5.4. Informations à communiquer au cours du Contrat

L'Adhérent devra communiquer en cours de Contrat, tout évènement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :

Un changement d'état civil,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine,
- Un changement de profession ou une cessaition d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites, sur internet ou pas écrit simple :

Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr,
rubrique «Modifier mon contrat et/ou mes informations»

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

Ces évènements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraine la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.
En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, constatée avant sinistre, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité.
En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de dix (10) jours en restituant à l'Adhérent le prorata de prime ou maintenir l'adhésion en augmentant la prime à due proportion.
Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Adhérent.
Si, en cours d'adhésion, un Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument versée peut-être réclamée à l'Adhérent. L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'article 5.5 de la présente Notice
d'information. La résiliation prend effet trente (30) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

5.5. Résiliation

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.monneoliane.fr,
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.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. 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 sus-évoqué. 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 notre société.

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 6 - CONDITIONS ET ÉTENDUE DES GARANTIES

6.1. Personnes garanties

L'Adhérent qui a également la qualité d'Assuré est la seule personne qui bénéficie des garanties accordées par le Contrat groupe.

6.2. Conditions de la garantie

Pour mettre en œuvre la garantie, la Perte d'Emploi ou l'Incapacité Temporaire totale de Travail doit avoir lieu pendant la période de garantie et être la conséquence directe et immédiate du licenciement ou d'une maladie/accident engendrant l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle rémunérée, même à temps partiel.

Les licenciements couverts par le produit sont répertoriés ci-dessous :

COUVERTS	NON-COUVERTS
Licenciement pour motif économique (1)	Licenciement pour motif personnel fautif lourd ou grave
Licenciement pour motif personnel non fautif (2)	Démission
Licenciement pour motif personnel fautif simple (3)	Rupture conventionnelle
	Départ ou mise à la retraite
	Décès du salarié

(1) **Le licenciement pour motif économique** est un licenciement effectué par un employeur pour un ou plusieurs motifs non inhérents à la personne du salarié résultant d'une suppression ou transformation d'emploi ou d'une modification, refusée par le salarié, d'un élément essentiel du contrat de travail, consécutives notamment à des difficultés économiques, à des mutations technologiques, à une réorganisation de l'entreprise nécessaire à la sauvegarde de sa compétitivité ou à la cessation d'activité de l'entreprise.
(2) **Le licenciement pour motif personnel non fautif** a lieu dans le cas d'une insuffisance professionnelle du salarié, d'une inaptitude physique, d'un refus de modification du contrat de travail etc.
(3) **Le licenciement pour motif personnel fautif simple** a lieu en cas de faute du salarié. La faute commise par le salarié ne justifie pas nécessairement la qualification de faute grave. Cependant, elle peut constituer une cause réelle et sérieuse de licenciement. La faute simple peut être reconnue, par exemple, à l'occasion d'une erreur ou d'une négligence commise par le salarié dans le cadre de son travail. Il peut s'agir d'un refus d'effectuer une action demandée par l'employeur ou plus généralement par la hiérarchie.
Le licenciement pour motif personnel est une rupture du contrat de travail de manière unilatérale par l'employeur, c'est-à-dire que c'est l'employeur qui décide de rompre le contrat pour un motif précis. Ce motif, dans le cas d'un licenciement pour motif personnel, est un fait personnel de nature à entrainer la rupture du contrat.

6.3. Montant de la garantie

Le montant de l'Indemnité Mensuelle choisie par l'Adhérent est indiqué sur le Certificat d'adhésion.
L'Adhérent a le choix entre trente-huit (38) formules d'Indemnités Mensuelles : 100, 150, 200, 250, 300, 350, 400, 450, 500, 550, 600, 650, 700, 750, 800, 850, 900, 950 et 1000€/mois pendant 6 mois ou pendant 12 mois.

6.4. Durée de l'indemnisation

La période de garantie débute au plus tôt lors de la prise d'effet du Contrat.
En cas de perte d'emploi ou d'incapacité temporaire totale de travail, l'indemnité mensuelle choisie par l'Adhérent est versée :
- pendant une durée maximale de 6 ou 12 mois par sinistre selon l'option choisie par l'Adhérent au moment de son adhésion,
- sans pouvoir excéder une période maximale de 24 mois sur la durée totale de la couverture.

En cas de rechute d'Incapacité Temporaire totale de Travail :
Lorsque l'Assuré a bénéficié d'une période d'indemnisation, une nouvelle prise en charge est possible au titre d'une nouvelle Incapacité Temporaire totale de Travail après **une reprise d'activité professionnelle rémunérée d'au moins 18 mois consécutifs**. Toutefois, en cas de reprise d'activité inférieure à 45 jours interrompant une période de prise en charge, celle-ci peut reprendre si l'Assuré est de nouveau reconnu en Incapacité Temporaire totale de Travail, pour la durée d'indemnisation restant due.
En cas de rechute Perte d'Emploi :
Une nouvelle indemnisation au titre de la perte d'emploi peut être prévue à l'issue d'une reprise d'activité salariée d'au moins **18 mois consécutifs sous contrat à durée indéterminée (CDI)** auprès d'un même employeur. En cas de reprise d'une activité inférieure à 45 jours, interrompant une période de prise en charge, l'indemnisation peut reprendre sans application d'un nouveau délai de franchise, pour la durée d'indemnisation restant due, dès l'obtention d'un mois complet de justificatifs.

Attention : Il ne peut pas y avoir cumul entre les prestations Perte d'Emploi et Incapacité Temporaire totale de Travail.

L'indemnité est versée :

Cotisation Mensuelle (hors frais d'association, d'assistance et de courtage) selon la durée maximum d'indemnisation choisie sur le bulletin d'adhésion		
Indemnité mensuelle	6 mois	12 mois
100 €	2,93 €	4,51 €
150 €	4,32 €	6,80 €
200 €	5,78 €	9,09 €
250 €	7,25 €	11,31 €
300 €	8,71 €	13,53 €
350 €	10,10 €	15,82 €
400 €	11,63 €	18,11 €
450 €	13,03 €	20,39 €
500 €	14,49 €	22,62 €
550 €	15,95 €	24,90 €
600 €	17,34 €	27,19 €
650 €	18,87 €	29,41 €
700 €	20,27 €	31,64 €
750 €	21,73 €	33,92 €
800 €	23,19 €	36,21 €
850 €	24,65 €	38,49 €
900 €	26,05 €	40,72 €
950 €	27,51 €	43,00 €

1 000 €	28,97 €	45,29 €

6.5. Territorialité et étendue de la garantie
Les garanties sont acquises en France métropolitaine. Les garanties d'assurance du présent contrat s'exercent dans le monde entier dans les limites fixées à l'article 8 « Exclusion des garanties ». Les prestations dues par l'Assureur seront payables en France métropolitaine et en Euros. et versés sur le compte où sont prélevées les cotisations ou sur tout compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement composant l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent.

ARTICLE 7 - COTISATIONS

7.1. Déclaration du sinistre
L'Assuré, doit déclarer au Gestionnaire toute situation de perte d'emploi ou d'incapacité temporaire totale de travail de nature à entraîner la mise en oeuvre de la garantie.

Pour déclarer le sinistre, l'Assuré, doit écrire à l'adresse suivante :

Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr,
rubrique «Gérer mes remboursements et garanties»

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

En retour, il lui est adressé un formulaire de déclaration à retourner dûment complété et signé en y joignant les pièces justificatives suivantes :

En cas d'Incapacité Temporaire totale de Travail :
- Une copie ou l'original du bulletin d'adhésion signé par l'Adhérent lors de son adhésion à l'assurance, avec mention du montant de l'indemnisation choisi par l'Adhérent,
- Une attestation du médecin traitant indiquant la nature ou les causes de l'Incapacité Temporaire totale de Travail,
- Pour les assujettis au Régime Général de la Sécurité Sociale :

- les décomptes de règlement dudit organisme, au cours de la période indemnisée
- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,

- Pour les assujettis à un Régime Spécial de la Sécurité Sociale :

- une attestation de leur employeur précisant la date et la durée de l'arrêt de travail,
- le cas échéant, les décomptes de règlement dudit organisme, au cours de la période indemnisée,
- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime.

En cas de Perte d'Emploi :
L'Assuré devra déclarer sa perte d'emploi à l'Assureur et accompagner sa déclaration des justificatifs suivants :
- la ou les attestation(s) des employeurs justifiant des durées des contrats de travail ayant précédé le licenciement et justifiant les durées d'activités en CDI pour le calcul de la période de référence,
- l'original ou la copie du Bulletin d'Adhésion,
- le contrat de travail concernant l'emploi exercé à la date de demande d'adhésion à l'Assurance, en cas de changement d'employeur,
- la lettre de licenciement,
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le France Travail ou un organisme assimilé ou par l'État,
- les décomptes d'allocations versées par France Travail ou de tout autre organisme assimilé depuis l'origine.

Le Gestionnaire se réserve le droit de demander tous renseignements ou pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires afin de se prononcer sur la garantie et le cas échéant de procéder à son règlement.

7.2 Contrôle en cas d'Incapacité Temporaire totale de Travail
Il n'existe aucun lien entre les décisions de l'Assureur relatives à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et celles de la Sécurité Sociale ou d'organismes de même nature.
L'Assureur se réserve le droit dans tous les cas de désigner un médecin afin de contrôler l'état de santé de l'Assuré.
La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de toutes prestations. Les honoraires médicaux de cet examen sont à la charge de l'Assureur.
En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin de l'Assureur sur l'état d'Incapacité Temporaire totale de travail, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un tiers médecin tiers-arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Assuré.
L'Assuré et l'Assureur supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de la prononciation de la sentence arbitrale.

7.3. Paiement des indemnités garanties
Le règlement interviendra dès que possible et au plus tard dans les quinze (15) jours qui suivent la date de l'accord de garantie.

ARTICLE 8 - EXCLUSIONS DES GARANTIES

Pour la garantie Perte d'emploi, ne sont pas garantis :

• la retraite ou la préretraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail
• la démission, même prise en charge par France Travail ou par un organisme assimilé
• la rupture conventionnelle entre l'employeur et l'Assuré
• toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi
• le licenciement pour faute grave ou lourde
• le licenciement si l'Assuré est salarié :
- du conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants
- d'une personne morale emprunteuse contrôlée ou dirigée par son conjoint, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entrepreneur ou de l'entreprise, à une cessation d'activité liée à une invalidité ou au décès de l'entrepreneur ou du chef d'entreprise
• le chômage saisonnier, partiel (par chômage partiel on entend toute période de chômage n'entraînant pas la rupture du contrat de travail) ou technique ou l'intempérie n'ayant pas entraîné de rupture du contrat de travail
• la fin d'un contrat de travail à durée déterminée, la fin de chantier et la fin d'intérim
• la rupture de contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci

Pour la garantie Incapacité Temporaire totale de Travail, ne sont pas garantis :

• les maladies ou les accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article L 324-1 du Code de la Sécurité Sociale
• la participation à des matchs, courses, paris, compétitions sportives, sauf en tant qu'amateur
• les risques de navigation aérienne en dehors des vols commerciaux
• les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués, deltaplane, parachutisme ascensionnel, parapente
• les rixes auxquelles l'assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel
• les accidents résultant de l'usage par l'Assuré de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale
• le sinistre qui survient lorsque l'Assuré présente un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre, dans le pays où se produit l'accident, ou de l'alcoolisme chronique de l'Assuré
• les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome
• les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.
• les conséquences, directes ou indirectes, d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active
• les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale
• les maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'admission ou a lieu pendant le délai d'attente, et de celles qui résultent de l'aggravation d'une maladie ou un accident préexistant à l'admission
• les blessures ou lésions survenant ou contractées au cours de courses comportant un véhicule à moteur, de la pratique de sports de combat, d'ascensions de haute montagne
• Incapacité Totale Temporaire de Travail consécutive à une dépression nerveuse ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle
• Incapacité Temporaire totale de Travail consécutive à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie
• la maternité pendant le congé légal même en cas de grossesse pathologique
• l'Incapacité Temporaire totale de Travail survenue hors du territoire européen, sauf si l'assuré rejoint ce territoire, dans les douze mois suivant son arrêt de travail ; l'incapacité sera alors considérée comme ayant débuté à la date ou elle aura été constatée médicalement après son retour.

ARTICLE 9 - INFORMATIONS DE L'ADHÉRENT

9.1 Dispositions diverses

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

9.2. 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).

9.3. 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.monneoliane.fr,
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 :

Sur l'espace adhérent :
http://www.mediation-assurance.org

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

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.

Plateforme Européenne de réglement des litiges
En cas de proposition du contrat d'assurance Néoliane Soutien Financier en ligne, l'Adhérent a aussi la possibilité, en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne accessible sur le site internet suivant : http://ec.europa.eu/consumers/ odr/

9.4 Informations sur l'utilisation de vos données personnelles
Cette clause a pour objet d'informer l'Adhérent de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel le concernant. La politique de traitement des données à caractère personnel de l'Assureur est régulièrement mise à jour, notamment pour tenir compte des évolutions réglementaires en matière de protection des données à caractère personnel. Ces mises à jour peuvent être adressées sur simple demande.

Identification du responsable de traitement des données à caractère personnel

GENERALI IARD, 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, 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
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 IARD 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 :

Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr
rubrique « Exercer des droits personnels »

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 IARD
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

9.6. Délai de renonciation

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

Si le contrat est vendu à distance
On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (notamment 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, 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 l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr,
rubrique «Résilier ou renoncer à son contrat»

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

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.
Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

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

Si le Contrat est vendu par démarchage :
La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un contrat.
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 renoncer au présent contrat.

La demande de renonciation doit être adressée :

Sur l'espace adhérent :
www.monneoliane.fr,
rubrique «Résilier ou renoncer à son contrat»

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

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarcharge

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :
Madame, Monsieur, ,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer 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

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

ARTICLE 10 - 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 11 - SANCTIONS INTERNATIONALES

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

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

CONTRAT COLLECTIF **N° FIC25EMP0077**

ASSISTANCE PERTE D'EMPLOI

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° **FIC25EMP0077.**

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° **FIC25EMP0077** 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 Soutien Financier distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25EMP0077**.

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 : Évènement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au Bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une Maladie et qui entraîne des dommages physiques.

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

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 corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC25EMP0077**.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent.

Enfant : Enfant à charge fiscalement.

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

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

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

Franchise : Part des frais qui reste définitivement à la charge du Bénéficiaire.

Immobilisation imprévue : L'immobilisation imprévue se traduit par une incapacité temporaire à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son Domicile, nécessitant un repos à Domicile, constatée comme telle par une autorité médicale compétente et consécutive soit à un acte/traitement médical délivrée par cette dernière qui n'a pas été planifié **dans les 7 jours** précédant sa délivrance, soit à un Accident corporel.

Immobilisation (pour les véhicules) : L'état du Véhicule bénéficiaire non roulant - ou immobilisé - dont la circulation dans les conditions normales de sécurité définies par le Code de la route français n'est pas possible sans

réparations préalables. L'indisponibilité doit être la conséquence directe d'une Panne.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un Accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Panne du véhicule : Tous types de panne (défaillance mécanique, électrique, électronique ou hydraulique survenue en l'absence de tout choc et, rendant impossible l'utilisation du véhicule dans le respect de la règlementation en vigueur).

Sont également assimilés à une panne de véhicule :
- La panne, l'erreur de carburant,
- Le dysfonctionnement du code anti-démarrage.

La mise en œuvre des garanties au titre de la Panne s'applique en France, sans franchise kilométrique.

Proches parents : Les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.

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.

Véhicule : Tout véhicule terrestre de moins de 3,5 t, pour lequel l'Adhérent est assuré, à l'exception des caravanes, remorques et camping-cars quel que soit le tonnage. Le Véhicule doit être utilisé à des fins non professionnelles.

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).**

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.

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, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

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

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

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

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

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

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

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

2.2 - Remboursement des prestations

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

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

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

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

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la

personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

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

2.3 - Conditions d'ordre médical

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

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

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

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

2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

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

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

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

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

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

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

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

Les prestations d'information juridique dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

3 – TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES DÈS L'ADHESION

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent,

Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE PERTE D'EMPLOI DE L'ADHÉRENT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent,
- par Évènement : la perte d'emploi.

Aide au retour à l'emploi	
Module 1	3 entretiens en face à face sur 90 jours
Module 2	3 entretiens individuels
Module 3	3 appels pour faire le point sur l'avancée (Suivi sur 90 jours maximum)
Prise en charge des Enfants âgés de moins de 16 ans ou des Enfants handicapés sans limite d'âge (Cette garantie est mise en œuvre uniquement dans le cas où l'Adhérent doit se rendre à un entretien d'embauche)	Dans la limite d'une fois par année civile
Garde au domicile	4 heures maximum par Évènement
OU Venue d'un proche au domicile	1 Titre de transport
Accompagnement psychologique	5 entretiens téléphoniques maximum par Evènement avec un psychologue clinicien (Et si les médecins de FILASSISTANCE considèrent que cela est nécessaire) 3 entretiens maximum par Evènement en face à face avec un psychologue clinicien
Accompagnement budgétaire et social	8 entretiens téléphoniques maximum avec un Conseiller en Economie Sociale et Familiale - Dans la limite d'une fois par année civile
Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi	3 heures maximum par Évènement Dans la limite d'une fois par année civile

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE PERTE D'EMPLOI ET LORSQUE LE VÉHICULE DE L'ADHÉRENT EST IMMOBILISÉ A LA SUITE D'UNE PANNE A L'OCCASION D'UN ENTRETIEN D'EMBAUCHE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : l'Adhérent.
- par Évènement : la Panne du Véhicule.

Taxi mobilité pour se rendre à l'entretien d'embauche (Cette garantie est limitée à deux fois par année civile)	1 aller/retour en taxi à hauteur de 100 € TTC maximum par Évènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE L'ADHÉRENT DE PLUS DE 30 JOURS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : l'Adhérent.
- par Évènement : L'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Immobilisation.

Enveloppe de services	100 unités maximum par Evènement (1 enveloppe valable pendant 12 mois, peu importe le nombre d'accidents ou de pathologies)

4 – DÉTAIL DES GARANTIES

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

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

4.1 - Accompagnement budgétaire et social

Le Bénéficiaire peut contacter FILASSISTANCE pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de FILASSISTANCE,
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Bénéficiaire,
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

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

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 au retour à l'emploi

Module 1 : FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire pour faire le deuil de son emploi et réaliser un bilan professionnel.

Module 2 : FILASSISTANCE organise des entretiens téléphoniques à distance dans les domaines suivants :

- Planification des différentes activités
- Amélioration du CV et image de marque

FILASSISTANCE met également à disposition du Bénéficiaire des ressources sur une plateforme digitale (webinar sur différentes thématiques).

Module 3 : FILASSISTANCE propose au Bénéficiaire des entretiens téléphoniques dans les domaines suivants :

- Structuration des attentes
- Image de marque professionnelle
- Point d'étape
- Préparation d'un entretien de candidature
- Aide à la négociation du contrat de travail.

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

4.4 - Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi

FILASSISTANCE organise un bilan de situation professionnelle avec le Bénéficiaire.

FILASSISTANCE accompagne également le Bénéficiaire dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, l'aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.

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

4.5 - Enveloppe de services

FILASSISTANCE met à 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	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

Aide à domicile
FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

Auxiliaire de vie
FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour (entre 8h et 20h, hors dimanche et jours fériés).

Présence d'un proche
FILASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement aller/retour d'un proche par train 1ere classe ou avion classe économique.

Transfert chez un proche
FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent depuis son domicile vers le domicile d'un proche. Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1ere classe ou avion classe économique.

Livraison de médicaments
La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque l'adhérent n'est pas en mesure de s'en charger. Le prix des médicaments demeure à sa charge.

Livraison de courses
La livraison d'une commande par semaine lorsque l'adhérent n'est pas en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à sa charge.

Portage de repas
La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque l'adhérent n'est pas en mesure de préparer les repas* ou de les faire préparer par l'entourage. La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôle en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons. Le prix des repas demeure à sa charge.
** sont considérés comme repas le déjeuner et le diner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.*

Coiffure à domicile
Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent a besoin de soin de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à sa charge.

Portage d'espèces
- Le transport aller/retour dans un établissement bancaire proche du domicile- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

4.6 - Informations juridiques et vie pratique
FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- Informations juridique
- Justice / défense / recours,
- Assurances sociales / allocations / retraites,
- Impôts / fiscalité,
- Famille,
- Travail,
- Protection sociale,
- Sociétés,
- Retraite.

- Informations vie pratique
- Habitation / logement,
- Consommation,
- Vacances / loisirs,
- Formalités / cartes / permis,
- Les services publics,
- Enseignement / formation.

4.7 - Prise en charge des Enfants âgés de moins de 16 ans ou des Enfants handicapés sans limite d'âge
Pour permettre au Bénéficiaire de se rendre à un entretien d'embauche, FILASSISTANCE organise et prend en charge, selon ce qui est prévu par le tableau des garanties, l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile,
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile

4.8 - Taxi mobilité pour se rendre à l'entretien d'embauche
Pour permettre au Bénéficiaire de se rendre à un entretien d'embauche, FILASSISTANCE prend en charge son déplacement aller/retour, sur présentation d'un justificatif et, **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

Le retour peut se faire soit au Domicile soit au garage si la voiture est réparée.

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

- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
- les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion ;

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

5.2 - Exclusions spécifiques aux prestations mises en œuvre au profit des véhicules

Sont exclus :

- les conséquences des évènements causés par un conducteur n'ayant pas toutes les autorisations nécessaires à la conduite du Véhicule bénéficiaire,

- les frais de réparation du Véhicule bénéficiaire,

- les pannes consécutives à l'absence ou à la mauvaise qualité des lubrifiants ou de tout liquide (autre que le carburant) nécessaire au bon fonctionnement du Véhicule bénéficiaire,

- les pannes survenant après une première intervention de FILASSISTANCE et dont le caractère répétitif résulte d'un défaut de réparation du Véhicule bénéficiaire,

- les Immobilisations consécutives à une panne ou un accident ayant pour cause directe et exclusive un défaut d'entretien ou l'usure normale et prévisible du Véhicule bénéficiaire,

- les Immobilisations consécutives à des opérations d'entretien, périodiques ou non, du Véhicule bénéficiaire à savoir : le contrôle technique, la révision ou le remplacement des pièces usées du Véhicule bénéficiaire, les travaux de peinture ou la pose d'accessoires prévues à l'avance,

- les Immobilisations consécutives à une panne ou un accident ayant pour cause directe et unique une utilisation du Véhicule bénéficiaire non-conforme aux recommandations édictées par le constructeur.

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 IARD** (RCS Paris n°552 062 663), 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 SOUTIEN FINANCIER

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 Soutien Financier est un contrat d'assurance de groupe facultatif souscrit par l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour tous (GPST) et destinés à ses membres souhaitant se prémunir contre les conséquences financières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) et de Perte d'Emploi (PE).

QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

✓ La garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) :
Le versement d'un forfait mensuel de 100 € à 1000 € selon la formule choisie pendant une période de 6 ou 12 mois. La durée maximum d'indemnisation est de 24 mois sur toute la durée de l'adhésion.

✓ La garantie Perte d'Emploi (PE) :
Le versement d'un forfait mensuel de 100 € à 1000 € selon la formule choisie pendant une période de 6 ou 12 mois. La durée maximum d'indemnisation est de 24 mois sur toute la durée de l'adhésion.

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

✓ **Perte d'emploi** : aide au retour à l'emploi, Taxi mobilité, assistance psychologique, coach budget, Bilan employabilité, etc.
✓ **Immobilisation** : Enveloppe de services

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

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

✘ Décès ;
✘ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
✘ Incapacité Temporaire Partielle de Travail ;
✘ Invalidité Permanente Partielle ;
✘ Invalidité Permanente Totale.

Cette liste n'est pas exhaustive.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS
Pour la garantie ITT :
! Les maladies ou les accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article L.324-1 du Code de la Sécurité sociale ;
! Les accidents résultant de l'usage par l'Assuré de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale ;
! Le sinistre qui survient lorsque l'Assuré présente un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre, dans le pays où se produit l'accident de la circulation, ou de l'alcoolisme chronique de l'Assuré.

Pour la garantie PE :
! La démission, même prise en charge par France Travail ou par un organisme assimilé ;
! La rupture conventionnelle entre l'employeur et l'Assuré ;
! Le licenciement pour faute grave ou lourde.

! Délai de carence :
- En cas d'Incapacité Temporaire totale de Travail : 180 jours ;
- En cas de Perte d'Emploi : 180 jours.

! Délai de franchise :
- En cas d'Incapacité Temporaire totale de Travail : 120 jours consécutifs d'arrêt
de travail ;
- En cas de Perte d'Emploi : 45 jours consécutifs de chômage.

Cette liste n'est pas exhaustive.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

Les garanties Incapacité Temporaire totale de Travail et Perte d'Emploi ne bénéficient qu'aux seuls Adhérents résidant à titre principal en France métropolitaine.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de nullité d'adhésion, de perte du droit à garantie ou de résiliation du Contrat :

À la souscription du contrat :
- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et jusqu'à 59 ans inclus à la date de signature du bulletin d'adhésion ;
- Être Adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous ;
- Être résidents, fiscalement en France métropolitaine ;
- Exercer une activité professionnelle rémunérée salariée (les TNS et gérants assimilés salariés sont exclus) en France métropolitaine ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :
- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, etc.) ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier

En cas de sinistre :
- Adresser une déclaration accompagnée des pièces mentionnées dans l'article 7.1 « déclaration du sinistre » pour chacune des garanties de la Notice d'information ;
- Communiquer toute pièce demandée par l'assureur permettant de constituer le dossier.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations d'assurance sont payables par prélèvement bancaire au plus tard dix (10) jours après la date d'échéance indiquée sur le certificat d'adhésion selon les modalités choisies (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation.

L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement la première année à sa date anniversaire. Puis, les années suivantes, elle se renouvelle à l'échéance au 1er janvier de chaque année, sauf en cas de résiliation.

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

Les garanties cessent :
· À la date de résiliation quelqu'en soit le motif, quelle qu'en soit la Partie à l'origine ;
· En cas de décès de l'Adhérent ;
· En cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine ;
· Au 1er jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit le 65ème anniversaire de l'Assuré.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire, la première année puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois.

· 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 03
· Via le formulaire accessible sur le site : **www.monneoliane.fr, 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 mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.

EQC1083A_NI - Edition : Décembre 2024

Soutien Financier

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 SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances - Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré par **GENERALI IARD** - 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) - Sociétés 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 !