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

néoliane

PREPAR-IARD ASSURANCE

Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris N° 812 962 330 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 19 004 119 (www.orias.fr) et co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré et co-conçu par **PREPAR-IARD** – Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92800 PUTEAUX – SA au capital de 800 000 € – RCS Nanterre 343 158 036 – Entreprise régie par le Code des assurances – Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNQ (BPCE – SIRET 493 455 042) – LEI : 9695008UHMH3007T1B62.

PRODUIT : NÉOLIANE CONFORT HOSPI

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations sur ce produit sont présentes dans la documentation contractuelle et précontractuelle.

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

Le produit Néoliane Confort Hospi est un contrat collectif d'assurance à adhésion individuelle facultative qui a pour objet de verser des indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, une maladie ou une maternité.

QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES SONT LES SUIVANTES :

✓ Indemnité journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, une maladie ou une maternité.
Le montant d'indemnité journalière choisi par l'adhérent est identique pour le conjoint.
✓ En cas d'hospitalisation consécutive à un accident, le montant de l'indemnité journalière est doublé lorsqu'elle est versée à l'adhérent et/ou son conjoint.
✓ Le montant de l'indemnité journalière choisi par l'adhérent est divisé par deux lorsqu'elle est versée aux enfants de l'adhérent.

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :
✓ **Garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :** Aide à domicile, présence d'un proche au domicile, garde des animaux domestiques, etc.
✓ **Garanties familles en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue** : Garde des enfants (âgés de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge), Transfert accompagné des enfants chez un proche, etc.
✓ **Garanties en cas de maladie redoutée** : Téléassistance, Bilan situationnel par un ergothérapeute, Service de mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement.
✓ **Garanties en cas de décès :** Rapatriement de corps, Déplacement d'un proche pour les démarches administratives, Aide à l'organisation des obsèques, etc.
✓ **Garanties en cas de déplacement :** Assistance aux personnes en cas d'accident, Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger, Frais de secours en montagne, etc.

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

Le montant des prestations figure dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

Cette liste n'est pas exhaustive.

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

✗ Les soins médicaux hors du cadre de l'hospitalisation (consultations, pharmacie, soins courants, optique, dentaire, aides auditives, etc.) ;
✗ Les prestations non prévues dans le tableau de garanties ;
✗ Les frais engagés avant la date d'effet ou après la résiliation du contrat ;
✗ Les actes médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale (sauf exception prévue).

Cette liste n'est pas exhaustive.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

Ne sont pas garanties les Hospitalisations résultant des suites et conséquences, directes ou indirectes :

! Survenus en dehors de la période de garantie ainsi que leurs suites et conséquences ;
! Causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
! Résultant de la manipulation volontaire, par l'Assuré d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
! Résultant de la pratique de l'Assuré d'un sport en qualité de professionnel ou d'amateur rémunéré.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! La durée des hospitalisations garanties doit être supérieure ou égale à vingt-quatre (24) heures en cas d'accident et dans la limite de trois (3) ans, soit mille-quatre-vingt-quinz (1 095) jours, ou à quarante-huit (48) heures en cas de maladie et dans la limite d'un an, soit trois cent soixante-cinq (365) jours. La franchise s'applique y compris en cas de rechute ;
! Délai de carence de dix mois, en cas d'Hospitalisation due à une maternité ;
! La prise en charge des Hospitalisations intervenues hors France métropolitaine est limitée à quatre-vingt-dix (90) jours.

Cette liste n'est pas exhaustive.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

Les garanties ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique, dès lors que l'Hospitalisation intervient dans les établissements hospitaliers situés dans la zone géographique telle que définie dans la présente Notice et dans le monde entier dès lors que l'Hospitalisation intervient à l'occasion de séjours à l'étranger de moins de trois (3) mois. En cas d'Hospitalisation hors de la zone géographique, la prise en charge sera limitée à quatre-vingt-dix (90) jours par évènement garanti.

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 l'adhésion au Contrat groupe :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Résider en France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique ;
- Être âgé(e) entre 18 ans et 70 ans inclus ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'Assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion ;
- Ne pas être en arrêt de travail au moment de l'adhésion ;
- Ne pas être titulaire ou avoir une demande en cours d'une rente d'invalidité ou d'une allocation Adulte Handicapé ;
- Ne pas faire l'objet d'une prise en charge à 100% par un organisme de Sécurité sociale (ALD).

En cours de d'adhésion :

- Déclarer toutes circonstances nouvelles pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (exemples : changement de domicile ou de domiciliation bancaire) ;
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) telle qu'indiquée sur l'échéancier.

En cas de Sinistre :

- Déclarer le Sinistre dans les délais impartis ;
- Fournir tous documents justificatifs prévus au contrat et nécessaires au paiement des prestations prévues.
- Se soumettre à tout contrôle médical

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique selon la périodicité convenue à l'adhésion. La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les Parties et figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée initiale de douze (12) mois. Elle se renouvelle tacitement chaque année à sa date anniversaire, sauf en cas de résiliation.

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

La garantie cesse pour l'Assuré dès que l'un des éléments suivants intervient :

- le jour de la perte de sa qualité d'Assuré ;
- au 31 décembre de l'année des 80 ans de l'Assuré
- au jour de son décès ;
- au jour de la résiliation de l'adhésion quelqu'en soit le motif, quelle que soit la partie à l'origine ;
- en cas de dissolution de l'association GPST ou de résiliation du contrat par l'association GPST.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'Adhérent peut notamment résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à vingt-quatre (24) heures (article L.113-12 du Code des assurances).

- Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr, rubrique « Résilier ou renoncer à son contrat »**
- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **Néoliane Santé – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R – Bat C – CS 63278 – 06205 NICE CEDEX 3.**

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