néoliane



Confort Hospi

PREPAR-IARD
ASSURANCE

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/043
+ Conditions Générales d'Assistance
+ Statuts GPST



À L'HÔPITAL, VOTRE SÉRÉNITÉ EST NOTRE PRIORITÉ.

Prévue ou non, une hospitalisation peut coûter bien plus cher qu'on ne le pense. Face aux dépenses imprévues, **Néoliane Confort Hospi** vous accompagne **avec une indemnité journalière adaptée : jusqu'à 150 €/jour pour les adultes et 75 €/jour pour les enfants.**

UNE GARANTIE SIMPLE, EFFICACE, CONÇUE POUR VOUS ACCOMPAGNER À CHAQUE ÉTAPE.

- ✓ Souscription possible **jusqu'à 70 ans inclus** ;
- ✓ Couverture jusqu'à 80 ans inclus ;
- ✓ Une couverture valable pour les hospitalisations en **France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique** et dans le monde entier (séjours de moins de 3 mois) ;
- ✓ Des indemnités à utiliser **librement selon vos besoins, sans justificatif** ;
- ✓ En cas d'adhésion simultanée : **des réductions pour votre couple et vos enfants**.

En +

Une indemnisation non imposable*, doublée en cas d'accident : un vrai coup de pouce quand vous en avez le plus besoin (exclue pour les enfants)

** Dans les limites fiscales en vigueur.*

ASSISTANCE INCLUSE

Une hospitalisation peut compliquer le quotidien, surtout en cas d'immobilisation. **Grâce à l'assistance de votre contrat, vous êtes accompagné à chaque étape, y compris lors de séjours à l'étranger.**

UNE ASSISTANCE GLOBALE ET INDISPENSABLE

LORS D'UNE HOSPITALISATION, ON NE PENSE PAS TOUJOURS AUX IMPACTS SUR LA VIE QUOTIDIENNE D'UNE IMMOBILISATION.

GRÂCE À L'ASSISTANCE INCLUSE DANS VOTRE CONTRAT NÉOLIANE CONFORT HOSPI, BÉNÉFICIEZ D'UN ACCOMPAGNEMENT COMPLET ET À L'INTERNATIONAL.

DÈS L'ADHÉSION :

- Conseil social
- Informations juridiques sur la vie quotidienne

EN CAS DE PATHOLOGIE LOURDE :

- Mise à disposition d'une enveloppe de services à utiliser selon vos besoins
- Bilan situationnel par un ergothérapeute au domicile

fil assistance

Fil assistance vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.

09 82 06 60 08

(+33 9 82 06 60 08 depuis l'étranger)

UNE PRISE EN CHARGE EN CAS DE DÉCÈS :

- Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- Soutien psychologique
- Rapatriement de corps
- Déplacement d'un membre de la famille sur le lieu du décès
- Retour des accompagnateurs de l'adhérent ou son conjoint décédé
- Prise en charge des enfants, des ascendants et des animaux domestiques

EN CAS D'HOSPITALISATION :

De nombreux services pour vous aider au quotidien :

- Aide-ménagère
- Livraison de médicaments à domicile
- Frais de transport et d'hébergement pour les proches

Un accompagnement complet en cas d'immobilisation :

- Transport et garde de vos enfants, soutien scolaire
- Prise en charge des animaux de compagnie

EN CAS D'HOSPITALISATION LORS D'UN DÉPLACEMENT À L'ÉTRANGER :

- Rapatriement médical
- Frais de prolongation de séjour pour raisons médicales
- Rapatriement des autres bénéficiaires
- Frais de secours en montagne

néoliane

Confort Hospi

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/043

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance prévoyance **Néoliane Confort Hospi** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par le Code des assurances. Ce contrat est dénommé ci-après le « Contrat groupe ».

Une adhésion au Contrat groupe est composée des documents suivants :

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

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

L'Assureur et co-concepteur du Contrat groupe est **PREPAR-IARD**, Société anonyme au capital de 800 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le N° 343 158 036 – Siège social : Immeuble Le Village, Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92800 PUTEAUX. Entreprise régie par le Code des assurances – N° LEI : 9695008UHMH3007T1B62 – Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNQ (BPCE – SIRET 493 455 042)„ ci après dénommé « **l'Assureur** ».

Le Souscripteur est l'**Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous**, association régie par la loi du 1er juillet 1901 – Siège social : 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, ci-après dénommée l'« **ASSOCIATION GPST** ». L'Association GPST souscrit ce Contrat groupe au profit de ses Adhérents, qui sont résidents fiscaux français au jour de l'adhésion auprès de PREPAR-IARD.

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

L'Assureur délègue la gestion du Contrat groupe à **NÉOLIANE SANTÉ**, SAS au capital de 2 000 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nice sous le N° B 510 204 274 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr) – Siège social : 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat. C - CS 63278 - 06205 Nice Cedex 3, ci-après dénommé le « **Gestionnaire** ».

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

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

DÉFINITIONS

Accident : Toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré. **Ne sont pas considérés comme Accident au sens de la présente Notice, toutes les affections y compris les affections résultant de la contamination ou l'infection par des agents biologiques, les accidents cardio-vasculaires, les hernies, les lumbagos, les sciatiques et les chocs émotionnels.**

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

Assuré(s) : Personnes physiques habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même, son Conjoint et ses Enfants, âgés de moins de 18 ans, inscrits le cas échéant sur la demande d'adhésion.

Conjoint : Personne âgée à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et jusqu'à 70 ans inclus, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance ;

Est considéré comme Conjoint :

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

Délai de carence : Période qui suit la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle la survenance d'un Sinistre ne donne lieu à une à aucune indemnisation.

Enfants : âgés de moins de 18 ans, reconnus à la charge de l'Adhérent ou à celle de son Conjoint.

Franchise : Période minimale d'hospitalisation pour que l'Assuré puisse mobiliser sa garantie.

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

Les Hospitalisations non prescrites par un médecin ne sont pas couvertes.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident, ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers. Les infarctus, les accidents cardio-vasculaires, les hernies, les lumbagos, les sciatiques, les chocs émotionnels et les grossesses à caractère pathologique sont considérés comme des Maladies et non comme des Accidents.

Sinistre : Hospitalisation couverte par l'Assureur au titre du présent Contrat groupe.

ARTICLE 1 - OBJET DE L'ADHÉSION

Le présent Contrat groupe a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'Hospitalisation de l'Assuré, consécutive à un Accident, une Maladie ou une maternité.

Le montant de l'Indemnité Journalière est :
- doublé en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident, lorsqu'elle est versée à l'Adhérent et/ou son Conjoint ;
- divisé par deux lorsqu'elle est versée aux Enfants.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission au présent Contrat groupe en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :
- Être adhérentes à l'Association GPST, dont les frais d'adhésion sont prélevés en même temps et selon la même périodicité que la cotisation d'assurance (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle). À ce titre, l'Adhérent reçoit une copie des statuts de l'Association ;
- Être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion d'au moins 18 ans et de 70 ans maximum, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance ;
- Être résidentes en France métropolitaine, Guadeloupe et Martinique.
- 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).

L'Adhérent a la possibilité d'ajouter au Contrat son Conjoint et/ou ses Enfants (tels que définis dans les Définitions). Toutefois, les Enfants ne peuvent bénéficier du doublement du montant des Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident. Le montant de l'Indemnité Journalière versée en cas d'Hospitalisation pour les Enfants est égal à 50% du montant de l'Indemnité Journalière choisi par l'Adhérent.

ARTICLE 3. MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur à l'assurance, après avoir reçu sur support durable et pris connaissance du devis, de la présente notice d'information, du document d'information normalisé sur le produit d'assurance (IPID) et des statuts de l'Association GPST, remplit avec soin un bulletin d'adhésion au sein duquel il choisit son niveau d'indemnisation (20€/jour, 30€/jour, 40€/jour, 50€/jour, 60€/jour, 70€/jour, 80€/jour, 90€/jour, 100€/jour ou 150€/jour), ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA).

Il pourra ajouter, s'il le souhaite :
- Son Conjoint, âgé de 18 ans minimum à 70 ans inclus maximum.
- Ses Enfants âgés au maximum de 18 ans inclus, tels que définis dans les Définitons.

Le cas échéant, le niveau d'indemnisation choisi par l'Adhérent est identique pour le Conjoint.

Les Enfants figurant le cas échéant sur le certificat d'adhésion bénéficient de la garantie. Le montant de l'Indemnité Journalière versée en cas d'Hospitalisation est égal à 50% du montant de l'Indemnité Journalière choisi par l'Adhérent.

Le montant de l'Indemnité Journalière est doublé pour l'Adhérent et/ou son Conjoint en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident.

Les Enfants ne bénéficient pas du doublement en cas d'Accident.

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

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

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

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

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

L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction, à la date anniversaire de sa date d'effet, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5 « Résiliation de l'adhésion ».

ARTICLE 5. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

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

Article 5.1. Formes de la résiliation

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

www.monneoliane.fr, rubrique « Résilier ou renoncer à son contrat »

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

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

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

Article 5.2. Conséquences de la résiliation

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

Article 5.3. Résiliation par l'Adhérent

a) Résiliation par l'Adhérent
L'Adhérent peut résilier son adhésion :

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

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

b) Résiliation par l'Assureur
L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- à l'échéance annuelle par l'envoi d'une lettre recommandée à l'assuré au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat ;
- en cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation. L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée, une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet quarante (40) jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent constatée avant un Sinistre, sans que la mauvaise foi de ce dernier ne soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après notification par lettre de la résiliation et entraine la restitution à l'Adhérent de la portion de prime payée pour la période où l'assurance n'est plus en vigueur ;
- en cas de fraude constatée ou de déclarations fausses, inexactes ou réticentes au moment du Sinistre. La résiliation prend effet dix (10) jours à compter de la notification par l'Assureur de la résiliation ;
- en cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou de la reconduction de l'adhésion, il n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée. Dans cette éventualité, l'Assureur a la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer un nouveau montant de cotisation (L.113-4 du Code des assurances). Dans le premier cas, la résiliation prend effet dix (10) jours après sa notification et l'Assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (L.113-4 du Code des assurances). Dans le second cas, si l'Adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou s'il refuse expressément le nouveau montant, dans le délai de trente (30) jours à compter de la proposition, l'Assureur peut résilier l'adhésion.

c) Résiliation en cas de changement de circonstances

L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'adhésion en cas de survenance d'un des évènements suivants:

- changement de domicile ;
- changement de situation ou de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des

parties lorsqu'il a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement.

La résiliation prend effet un (1) mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

L'assureur doit rembourser à l'assuré la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation (article L.113-16 du Code des assurances).

d) Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'Adhérent. En présence d'un Conjoint parmi les Ayants droit, les garanties sont maintenues pour l'ensemble de la famille. En l'absence de Conjoint et en présence d'Ayants droit mineurs, le contrat est résilié à la date du décès ;
- si l'Adhérent a atteint la limite d'âge de garantie (80 ans). La résiliation intervient à la date anniversaire de l'adhésion, l'année des 80 ans de l'Assuré ;
- si l'Adhérent ne remplit plus les conditions requises dans les conditions fixées à l'Article 2 « Conditions d'adhésion ». La résiliation prendra effet un (1) mois après notification du changement.
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur. La résiliation intervient le 40ème jour à midi après la publication du Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de l'Assureur.

e) 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 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. L'adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications (L.141-4 du Code des assurances).

Le Contrat groupe peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par tout type de moyen au moins deux (2) 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. DÉCLARATIONS

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

À l'adhésion

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

En cours d'adhésion

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

- un changement d'état civil ;
- un changement de situation ou de régime matrimonial ;
- un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique ;
- la survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'Assuré ;
- un changement de profession ;
- un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations ;
- une retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Les déclarations en cours de contrat doivent être transmises par écrit :
· sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr, rubrique « Modifier mon contrat et/ou mes informations »

· par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé – Service Résiliation
143 Boulevard René Cassin
Imm. 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.

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 ou frauduleux comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument versée peut-être réclamée à l'Adhérent. L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'article 5 de la présente notice d'information. La résiliation prend effet dix (10) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

ARTICLE 7. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Pour mettre en oeuvre la garantie, l'Hospitalisation doit avoir lieu pendant la période de garantie et être la conséquence directe et immédiate d'un Accident, d'une Maladie ou d'une maternité survenu ou constaté pendant la période de garantie.

Délai de carence

- En cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident ou une Maladie, la garantie est acquise immédiatement, sans Délai de carence, à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime.
- En cas d'Hospitalisation consécutive à une maternité, un Délai de carence de dix (10) mois est appliqué en cas d'Hospitalisation à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Durée de l'indemnisation

- À partir du 1er jour d'Hospitalisation dans la limite d'une période maximum de trois (3) ans, soit 1095 jours, lorsque l'Hospitalisation est consécutive à un Accident et sous réserve que sa durée soit supérieure ou égale à vingt-quatre (24) heures consécutives.
- À partir du 1er jour d'Hospitalisation dans la limite d'une période maximum d'un an (1) an, soit 365 jours, lorsque l'Hospitalisation est consécutive à une Maladie ou à la maternité et sous réserve que sa durée soit supérieure ou égale à quarante-huit (48) heures consécutives.

Franchise

Il existe une période de Franchise en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident ou une Maladie. L'indemnité est versée à partir du 1er jour d'Hospitalisation sous réserve :

- Que la durée d'Hospitalisation soit supérieure ou égale à vingt-quatre (24) heures consécutives en cas d'Accident.
- Que la durée d'Hospitalisation soit supérieure ou égale à quarante-huit (48) heures consécutives en cas de Maladie.

En cas d'Hospitalisation consécutive à une maternité, l'indemnité est versée sans durée minimum d'Hospitalisation.

La Franchise s'applique y compris en cas de rechute, c'est à dire en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident ou une Maladie ayant fait l'objet d'une prise en charge précédente pour la même cause.

Pour un même Accident, comportant plusieurs Hospitalisations successives, la durée d'indemnisation ne peut excéder 1095 jours, sauf si les Hospitalisations sont espacées de plus de soixante (60) jours.
Dans cette hypothèse, la computation du délai de 1095 jours débute à nouveau à compter de l'Hospitalisation intervenant soixante (60) jours après l'Hospitalisation nécessitée par le même Accident.
La règle de computation du délai de 365 jours est la même en cas de Maladie.

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

- **le jour de la perte de sa qualité d'Assuré ;**
- **pour l'Enfant Assuré, lorsqu'il ne répond plus aux conditions d'adhésion, visées à l'Article 3 « Modalités d'adhésion » ;**
- **la date d'anniversaire de l'adhésion l'année des 80 ans de l'Adhérent et du Conjoint ;**
- **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.**

ARTICLE 8. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

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.

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

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

ARTICLE 9. EXCLUSIONS

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

- **Des Accidents ou Maladies dont la survenance est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de sa remise en vigueur, de Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de sa remise en vigueur (ou de toute augmentation de garantie) ;**
- **Causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;**
- **Dus à la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur ;**
- **Dus à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants, de produits toxiques, d'hallucinogènes ou tranquilli**

sants ou de médicaments non prescrits médicalement ou à des doses non prescrites médicalement ;
• Causés par la tentative de suicide de l'Assuré quelle qu'en soit la cause ;
• Provoqués directement ou indirectement par les faits de guerres civiles ou étrangères ;
• Provoqués directement ou indirectement par un attentat, un acte terroriste ou de sabotage, d'un acte criminel, une émeute, une insurrection, un mouvement populaire, une rixe (sauf cas de légitime défense), la participation à une grève, ou à un lock-out, dès lors que l'Assuré y prend une part active ;
• Résultant de la manipulation volontaire, par l'Assuré, d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
• Résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique, des effets de l'énergie nucléaire ;
• Résultant de la pratique par l'Assuré d'un sport en qualité de professionnel ou d'amateur rémunéré ;
• Résultant de la pratique par l'Assuré de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, du parachutisme et de la pratique de tout sports aériens ;
• Résultant de la participation à des paris, défis ou toute tentative de records ;
• Résultant de la participation de l'Assuré à des compétitions et/ou à leurs essais comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque, ou d'une embarcation à moteur.

Ne sont pas garanties les Hospitalisations :

• À domicile ;
• Programmées avant l'adhésion ;
• Dans les établissements, services, centres de moyen ou long séjour ou maisons médicales à partir du moment où les soins et traitements effectués le sont pour : convalescence ou soins de suite, réadaptation ou rééducation ou réinsertion sociale et professionnelle ou pour des cures de toutes natures ;
• Dans les établissements, services, maisons ou centres de repos, d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice, instituts médico-pédagogiques, établissements et services de gériatrie ou de gérontologie et pour personnes âgées dépendantes ;
• Dans les établissements, services ou centre thermaux, climatiques, diététiques, de thermalisme diététique, héliomarins, sanatoriums ou préventoriums, aériums, de lutte contre la tuberculose ;
• En services, centres ou établissements hospitaliers psychiatriques ;
• Pour un bilan de santé (check-up) ou pour un traitement à but de rajeunissement ;
• Dues à un motif psychiatrique : dépressions quelle qu'en soit la nature, épuisement professionnel de type burn out, manies, psychoses aiguës ou chroniques, schizophrénie, troubles de la personnalité, les dépressions, la bipolarité ;
• Dues aux opérations de chirurgie esthétique, de chirurgie plastique non consécutives à un Accident garanti ;
• Conduite en état d'ivresse : « Les actes consécutifs à l'ivresse de l'assuré lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal en vigueur (L234-1 du code de la route) ;
• Dus à la consommation d'alcool par l'Assuré au-delà de 0,5g/L ou à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants, ou tranquillisants non prescrits médicalement.

ARTICLE 10. MODIFICATIONS DES GARANTIES

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de son niveau de garanties, à la hausse ou 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
Imm. Nouvel'R – Bat. C – CS 63278
06205 Nice Cedex 3

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

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

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

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

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

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, est indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du Sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

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

ARTICLE 11. MODIFICATION DES ASSURÉS

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander l'ajout ou la sortie de son Conjoint ou d'un ou ses Enfant(s), sur internet ou par écrit simple :

www.monneoliane.fr, rubrique « Modifier mon contrat et/ou mes informations »

· par courrier à l'adresse suivante :

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

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

Hors échéance annuelle :
Si un événement survient **en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité de Conjoint ou d'Enfant,** par une personne que l'Adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite au Gestionnaire à cet effet dans un délai de deux (2) mois suivant cet évènement.

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

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

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

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prend effet au début du mois suivant la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Le Gestionnaire effectue la modification et transmet à l'Adhérent son échéancier matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour revenir vers le Gestionnaire s'il souhaite contester cette modification.
Sauf contestation par l'Adhérent, la modification de l'adhésion prendra effet au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande.

Si un événement survient **en cours d'année entraînant la perte de la qualité de Conjoint ou d'Enfant**, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les quinze (15) jours suivant cet événement.

La modification de l'adhésion prend effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Conjoint ou Enfant :

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

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

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

ARTICLE 12. EN CAS DE SINISTRE

Article 12.1 - Déclaration d'Accident, de Maladie ou d'une maternité entraînant une Hospitalisation

L'Assuré doit déclarer au Gestionnaire tout Sinistre de nature à entraîner la mise en oeuvre des garanties du Contrat groupe, et ce dans un délai maximum de trente (30) jours suivant l'Hospitalisation. L'Assuré doit adresser sa déclaration au Gestionnaire :

· sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr, rubrique « Transmettre un document »

· par courrier à l'adresse suivante :

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

Article 12.2 - Pièces justificatives

Il conviendra de fournir au Gestionnaire dans les meilleurs délais, les pièces listées ci-après :

- La copie du certificat d'adhésion ;
- Le compte-rendu d'hospitalisation ;
- Le bulletin d'hospitalisation.
- Une attestation sur l'honneur de non programmation de l'hospitalisation avant la date d'effet du contrat.

L'Assureur se réserve le droit de demander à l'Adhérent de fournir des justificatifs complémentaires et notam-

ment des originaux. Au-delà des délais de déclaration indiqués ci-dessus, l'indemnisation du Sinistre ne débute qu'au terme du délai de Franchise décompté à partir de la date de déclaration.

Si, en cours d'adhésion, un Adhérent a intentionnellement produit des documents ou des fichiers volés ou falsifiés, des informations mensongères, fait des déclarations fausses, inexactes ou réticentes, ou usé de moyens frauduleux, il peut lui être refusé le paiement de toutes les prestations quelle que soit l'époque à laquelle elles se rapportent. Il peut être mis fin à l'adhésion, sans préjudice de toute action en récupération des prestations indûment versées, conformément aux dispositions de l'article 5 "Résiliation".
L'Assureur se réserve également le droit de résilier son adhésion conformément aux dispositions de l'Article 5 "Résiliation".

ARTICLE 13. CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

a) Contrôle des dépenses

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

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

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

b) Procédure d'expertise

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

c) Arbitrage

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

ARTICLE 14. COTISATIONS

a) Montant de la cotisation

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

b) Variation de la cotisation

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

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

c) Révision de la cotisation

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

L'Adhérent peut être informé par courrier ou sur support durable accessible sur www.monneoliane.fr, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne peut exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

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

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

d) Paiement de la cotisation

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

Le prélèvement automatique est obligatoire quelle que soit la périodicité choisie et s'effectue au plus tard le 5 ou 10 du mois de la quittance éligible au titre des garanties du mois en cours.

Ce prélèvement est effectué par le Gestionnaire, sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement situé dans un Etat de l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent.

En cas de rejet de prélèvement, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'Adhérent.

À tout moment et dans la limite d'une fois par an, l'Adhérent a la possibilité, de modifier le fractionnement de la cotisation, en adressant une demande au Gestionnaire :

· sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr, rubrique « Obtenir des informations sur mes cotisations ou offres promotionnelles »

· par courrier à l'adresse suivante :

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

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

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

Faute de règlement, les garanties seront suspendues trente jours (30) après la mise en demeure précitée. La suspension de garanties entraine, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des évènements survenus pendant la période de suspension.

L'Assureur pourra ensuite résilier l'adhésion dix jours (10) après l'expiration du délai de trente jours (30) de suspension des garanties.

ARTICLE 15. SUBROGATION

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

ARTICLE 16. PRESCRIPTION

Conformément au Code des assurances :
Article L114-1
« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance son prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui 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 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 du Code Civil) ;
- 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 du Code Civil). L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code Civil). 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 du Code Civil) ;
- mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil). L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 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 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 du Code Civil).

ARTICLE 17. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

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

www.monneoliane.fr, rubrique « Effectuer une réclamation »

· par courrier à l'adresse suivante :

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

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

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

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

· par courrier à l'adresse suivante :

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

· en ligne :

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

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

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

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

ARTICLE 18. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Identification du responsable de traitement
Cette clause a pour objet d'informer l'Assuré de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel le concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après.

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est PREPAR-IARD. Le responsable de traitement sur les moyens techniques et essentiels uniquement, en tant que Délégataire, est :
Néoliane Santé pour :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des cotisations ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables ;
- Lutte anti-blanchiment d'argent et financement du terrorisme ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Fraude ;
- Elaboration des statistiques et études actuarielles.

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

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

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Consentement	· Prospection commerciale · Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/043

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

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

Clause spécifique relative à la fraude

L'Assuré est également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant l'Assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'Assureur et de Néoliane Santé. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Les destinataires ou les catégories de destinataires

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

Localisation des traitements des données personnelles de l'Assuré

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

Les durées de conservation

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

L'exercice des droits

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

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

vos données personnelles en cas de décès.

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

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

L'Adhérent peut exercer ces droits sur simple demande :

@
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

L'Adhérent peut également exercer ces droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Assureur :

@
Adresse électronique :
dpo@prepar-vie.com

ou le médecin-conseil de l'Assureur pour ses données de santé :

@
Adresse électronique :
service.medical@prepar-vie.com

ou l'Assureur pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires :

✉
Par courrier à l'adresse suivante :
PREPAR-IARD
Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy,
33 Place Ronde - CS 20243
92800 PUTEAUX

Le cas échéant, il pourra être demandé à l'Adhérent de fournir une pièce justificative d'identité.

Pour plus d'informations, l'Assuré peut, à tout moment, se reporter à la Notice d'information de l'Assureur sur le traitement des données à caractère personnel, sur son site internet https://www.prepar-vie.fr/donnees-personnelles/.

Droit d'introduire une réclamation

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

Clause spécifique relative aux obligations règlementaires

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

Prospection

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

L'Assuré dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales qu'il peut exercer à :

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

ARTICLE 19. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente notice d'information est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 20. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si 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.
Cependant, le Gestionnaire ou l'Assureur pourra toujours contacter l'Adhérent, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant leur 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.

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

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par le démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause l'inscription sur cette liste n'interdit pas le Gestionnaire ou l'Assureur de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de son contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

ARTICLE 21. SANCTIONS INTERNATIONALES

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

ARTICLE 22. DROIT DE RENONCIATION

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

Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par correspon-

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

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

La demande de renonciation doit être adressée :
· sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr, rubrique « Résilier ou renoncer à son contrat »

· par courrier à l'adresse suivante :

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

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat Néoliane Confort Hospi à laquelle 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

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

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

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
Imm. Nouvel'R – Bat. C – CS 63278
06205 Nice Cedex 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarcharge

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

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

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

Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

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

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

Médiateur :
Si le désaccord persiste, ou, à défaut de réponse dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'Assuré peut saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

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

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

Ce dernier examinera la demande de l'Assuré ou du bénéficiaire des prestations et rendra une proposition en toute équité et en toute indépendance.

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

CONTRAT COLLECTIF **N° FIC25SAN0065**

ASSISTANCE HOSPITALISATIONS TOUTES CAUSES

ASSOCIATION GPST (GROUPEMENT POUR LA PREVOYANCE ET LA SANTE POUR TOUS), Association loi de 1901, immatriculé sous le numéro RNA « W751216092 », dont le siège social se situe 30-32, boulevard de Vaugirard – 75015 PARIS, a souscrit le contrat collectif n° **FIC-25SAN0065.**

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° **FIC-25SAN0065** 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 Hospizen distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0065**.

1 – DÉFINITIONS

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

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

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

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

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

Animaux domestiques : Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), chats, nouveaux animaux de compagnie (NAC) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarin ou canari), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

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

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

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° **FIC-25SAN0065**.

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

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

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

Établissements de soins publics ou privés : Hôpitaux,

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

Étranger : Tout pays situé hors de France, à l'exclusion des zones formellement déconseillées par le ministère des affaires étrangères français dont la liste, par pays, est accessible sur le site : https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/.

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

France : France métropolitaine, les Principautés de Monaco et d'Andorre, les Départements-Régions d'Outre-Mer français (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

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

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

Hospitalisation imprévue : Toute Hospitalisation qui n'était pas connue dans les sept (7) jours précédant la date d'entrée mentionnée sur le bulletin d'hospitalisation.

Hospitalisation prévue : Toute Hospitalisation qui était connue dans les sept (7) jours précédant la date d'entrée mentionnée sur le bulletin d'hospitalisation.

Immobilisation : Etat d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile.

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.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

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

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.

Zone de résidence :

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

2 — MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS

2.1 - Délivrance des prestations

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

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie **dans un délai maximum de dix (10) jours calendaires** suivant soit :

- **une Immobilisation au domicile,**
- **la sortie d'une Hospitalisation,**
- **un décès,**
- **la survenance ou l'aggravation d'une Maladie redoutée,**
- **un Accident corporel ou une Maladie soudaine survenant lors d'un déplacement.**

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

Les prestations accessibles à l'Etranger sont acquises uniquement en cas de survenance de l'Evènement garanti avant le terme du 90ème jour calendaire suivant la date de départ de France du Bénéficiaire. Seuls les déplacements privés à but non médical sont couverts.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 - Remboursement des prestations

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

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

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

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

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

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

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

2.3 - Conditions d'ordre médical

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

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

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

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

2.4 - Conditions 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'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.

2.5 - Conditions de prise en charge des Titres de transport

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

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

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

2.6 - Conditions d'avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées par le Contrat, FILASSISTANCE peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

• Conditions préalables au versement de l'avance par FILASSISTANCE

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, FILASSISTANCE adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins, accompagné d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité à FILASSISTANCE. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par FILASSISTANCE.

• Délai de remboursement de l'avance à FILASSISTANCE

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à FILASSISTANCE la somme avancée par cette dernière **dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.**

· **Sanctions**

À défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

3 – TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

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

Accompagnement budgétaire et social	5 entretiens téléphoniques maximum par foyer et par année civile
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

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

Ces garanties ne sont pas cumulables avec la garantie « Enveloppe de services ».

Aide à Domicile	10 heures maximum à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur 10 jours maximum par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Immobilisation)*
Présence d'un proche au Domicile	1 Titre de transport par Évènement 50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) dans la limite de 2 nuits par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Immobilisation)*
Livraison de médicaments	Frais d'acheminement 1 livraison maximum par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Immobilisation)*
Garde des animaux domestiques **Promenade du chien par un « pet-sitter »**	Frais de déplacement aller-retour et frais de « pet-sitter » 10 interventions maximum par Évènement réparties sur une période maximale de 10 jours *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Immobilisation)*

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 2 JOURS OU D'HOSPITALISATION PRÉVUE DE PLUS DE 4 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

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

Ces garanties ne sont pas cumulables avec la garantie « Enveloppe de services ».

Aide à domicile	10 heures maximum à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur 10 jours maximum par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent la sortie d'une Hospitalisation)*
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport par Évènement 50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) dans la limite de 2 nuits par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent la sortie d'une hospitalisation)*
Livraison de médicaments	Frais d'acheminement *(1 livraison maximum par Evènement dans les 10 jours suivant la sortie d'une hospitalisation)* *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent la sortie d'une hospitalisation)*

Garde des Animaux domestiques : **Visite de l'Animal au domicile par un « pet-sitter** **OU Garde de l'Animal au domicile par un « pet-sitter »** **OU Garde de l'Animal chez un « pet-sitter »**	Frais de déplacement aller-retour et frais de « pet-sitter » 10 interventions maximum par Évènement réparties sur une période maximale de 10 jours *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Evènement)*

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS :
- **D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 24 HEURES ;**
- **OU D'HOSPITALISATION PRÉVUE DE PLUS DE 4 JOURS ;**
- **OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS**

D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Évènement : L'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

Ces garanties ne sont pas cumulables avec la garantie « Enveloppe de services ».

Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les enfants handicapés	
Garde au Domicile	10 heures maximum réparties sur une période maximale de 10 jours par Évènement
OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 Titre de transport par enfant et pour l'adulte accompagnant, par Évènement
OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile	1 Titre de transport par Évènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS :
- **D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 24 HEURES ;**
- **OU D'HOSPITALISATION PRÉVUE DE PLUS DE 4 JOURS ;**
- **OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS**

DU SALARIÉ EN CHARGE DE LA GARDE DU OU DES ENFANT(S)

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

Ces garanties ne sont pas cumulables avec la garantie « Enveloppe de services ».

Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les enfants handicapés	
Garde au Domicile	10 heures maximum réparties sur une période maximale de 10 jours par Évènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 14 JOURS D'UN ENFANT DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

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

École à domicile à compter du 1er jour d'absence	3 heures maximum par jour

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

D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent, son Conjoint ou leur(s) enfant(s),
- par Évènement : L'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

Enveloppe de services *(Cette garantie n'est pas cumulable avec les autres garanties accessibles en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation).*	50 unités maximum par période de 12 mois *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 12 mois qui suivent l'Évènement)*

Téléassistance	Prise en charge des frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme + frais de mise en service pour une durée maximale de 3 mois par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 12 mois qui suivent l'Évènement)*
Bilan situationnel par un ergothérapeute	1 bilan situationnel au Domicile par Évènement
Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement	Mise en relation sans prise en charge (1 dossier par Évènement) *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 12 mois qui suivent l'Évènement)*

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

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

Rapatriement de corps	Frais réels *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*
Venue d'un proche pour les démarches administratives en cas de décès du Bénéficiaire	1 Titre de transport par Évènement 50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) dans la limite de 2 nuits par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*
Retour des proches du Bénéficiaire	1 Titre de transport (billet retour uniquement) par accompagnateur *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS EN CAS DE DÉCÈS

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

Aide à l'organisation des obsèques du Bénéficiaire	Informations téléphoniques *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum sur 90 jours + 1 appel de suivi dans les 3 mois suivant le 1er appel *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*
Aide à Domicile	20 heures maximum à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)*
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les enfants handicapés *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*	
Garde au Domicile	20 heures maximum réparties sur une période maximale de 20 jours par Évènement
OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 Titre de transport par Évènement
OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile	1 Titre de transport par Évènement
Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice et des enfants handicapés en centre spécialisé	1 aller/retour par jour et par enfant dans la limite de 5 jours maximum répartis sur une période de 20 jours

Garde des ascendants *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Evènement)*	
Garde au Domicile	20 heures maximum réparties sur une période maximale de 20 jours par Évènement
OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 Titre de transport par Évènement
OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile	1 Titre de transport par Évènement
Garde des animaux domestiques **Garde de l'Animal chez un « pet-sitter »**	Frais de déplacement aller-retour et frais de « pet-sitter » 20 jours maximum par Évènement répartis sur une période maximale de 20 jours

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL OU DE MALADIE SOUDAINE D'UN BÉNÉFICIAIRE SURVENANT LORS D'UN DÉPLACEMENT EN FRANCE A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE OU A L'ÉTRANGER D'UNE DURÉE INFÉRIEURE A 90 JOURS

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

Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire malade ou blessé	Frais réels 1 Titre de transport pour un proche *(lorsque le Bénéficiaire est un enfant âgé de moins de 16 ans)*
Attente sur place d'un accompagnant *(En cas d'Hospitalisation supérieure à 10 jours)*	50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) pendant 10 nuits maximum par Évènement
Hébergement sur place pour des raisons médicales	50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) pendant 10 nuits maximum par Évènement
Présence d'un proche au chevet lorsque le Bénéficiaire est seul lors de son déplacement *(En cas d'Hospitalisation supérieure à 10 jours)*	1 Titre de transport par Évènement 50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) pendant 10 nuits maximum par Évènement
Avance et remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'Etranger	10 000 € maximum par Bénéficiaire et par Evènement 80 € maximum pour les soins dentaires par Bénéficiaire et par Évènement *(après déduction d'une franchise de 30 €)*
Frais de secours en cas d'Accident corporel survenu en skiant	160 € TTC maximum par Évènement

4 – DÉTAIL DES GARANTIES

Les garanties détaillées 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.

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.

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

4.3 - Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes. Elle intervient dès le premier jour de l'Hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile après l'Hospitalisation, à compter du premier jour d'Immobilisation au domicile ou en cas de décès.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

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

4.4 - Aide à l'organisation des obsèques du Bénéficiaire

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire décédé pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :
- Obsèques civiles ou religieuses,
- Prélèvements d'organes,
- Don du corps,
- Constatation de décès,

- Déclaration de décès,
- Chambres funéraires,
- Transports funéraires.

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

4.5 - Attente sur place d'un accompagnant
Si l'état de santé du Bénéficiaire l'oblige à rester hospitalisé au-delà de 10 jours et l'empêche d'être transporté, FILASSISTANCE **prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement, dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

4.6 - Avance et remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'Etranger uniquement

Attention : pour les sinistres survenus dans un état de l'Union Européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse, la mise en œuvre de cette garantie est subordonnée à la détention par le Bénéficiaire de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (ce document est délivré, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie). Il appartient donc au Bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

FILASSISTANCE, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, la mutuelle ou tout autre organisme de prévoyance individuelle ou collective dont bénéficie le Bénéficiaire, rembourse, d**éduction faite d'une Franchise de 30 € TTC**, les frais médicaux et d'Hospitalisation engagés sur place **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.**

A la demande du Bénéficiaire, FILASSISTANCE procède à l'avance des frais médicaux et d'Hospitalisation **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique et dans les dispositions de l'article « Conditions d'avance de frais ».**

Par dérogation aux alinéas précédents, les soins dentaires seront remboursés et avancés dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins de FILASSISTANCE et seront **limités à la période pendant laquelle ils jugeront le Bénéficiaire intransportable.**

La garantie cesse automatiquement à la date où FILASSISTANCE procède au rapatriement du Bénéficiaire.

Dans le cadre de l'avance des frais médicaux et d'Hospitalisation, le Bénéficiaire s'engage à effectuer, **dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes sociaux, et à transmettre à FILASSISTANCE les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus de ces organismes. Le Bénéficiaire joint à ces décomptes un chèque d'un montant correspondant aux remboursements reçus et libellé à l'ordre de FILASSISTANCE.**

Pour le remboursement en complément des prestations dues par les organismes sociaux des frais médicaux et d'Hospitalisation engagés par le Bénéficiaire, ce dernier **doit adresser sous pli confidentiel à l'attention du Directeur Médical de FILASSISTANCE, les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus de ces organismes ainsi que le certificat médical initial précisant la nature de l'Accident corporel ou de la Maladie et tout autre certificat demandé par FILASSISTANCE. A défaut, FILASSISTANCE ne pourra pas procéder au remboursement.**

Seuls les frais médicaux engagés à l'Etranger sont couverts par cette garantie.

4.7 - Bilan situationnel par un ergothérapeute
FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au Domicile du Bénéficiaire.

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

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

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

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

Le coût des travaux est à la charge du Bénéficiaire.

4.8 - École à domicile à compter du 1er jour d'absence
FILASSISTANCE organise et prend en charge **à compter du 1er jour calendaire d'absence de l'enfant du Bénéficiaire,** le soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile du cours primaire à la classe de terminale incluse dans les matières suivantes : mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/

géo, philosophie, économie.

La mise en œuvre de cette garantie se fait dans les conditions suivantes :

- **un certificat médical constatant que l'état de santé de l'enfant ne lui permet pas de se rendre dans son établissement scolaire est adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE,**
- **un ou plusieurs répétiteurs est disponible dans un rayon de 25 Km autour du lieu où se trouve l'enfant.**

Cette prestation ne s'applique pas aux absences découlant d'une situation de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

Cette garantie est mise en œuvre pendant la période d'absence scolaire de l'enfant, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Education Nationale.

4.9 - 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
Présence d'un Proche	1 Titre de transport + hébergement *(dans la limite de 2 nuits (petits-déjeuners inclus) à concurrence de 50 € TTC par nuit)*	10 unités
Transport aux rendez-vous médicaux	1 Titre de transport (dans un rayon de 50km autour du Domicile)	6 unités
Livraison de médicaments *(seule la livraison est prise en charge, le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	4 unités
Livraison de courses *(seule la livraison est prise en charge, le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	6 unités
Portage de repas *(seule la livraison est prise en charge, le coût du repas reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	2 unités
Coiffure à Domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée sera transmise.

4.10 - Frais de secours en cas d'Accident corporel survenu en skiant

Si le Bénéficiaire est blessé suite à un Accident corporel survenu sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment des faits, FILASSISTANCE **prend en charge les frais de secours du lieu de l'Accident corporel jusqu'au centre de soins le plus proche, à concurrence de ce qui est prévu dans le tableau synoptique et à l'exception des frais de recherche.**

4.11 - Garde des Animaux domestiques

Si les Animaux domestiques du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde selon différentes modalités, précisées dans le tableau synoptique :

- La visite de l'Animal au Domicile de l'Adhérent par un « pet sitter » ;
- OU la garde de l'Animal au Domicile de l'Adhérent par un « pet sitter » ;
- OU la garde de l'Animal chez un « pet sitter » ;
- La promenade du chien de l'Adhérent par un « pet sitter ».

Ces garanties sont conditionnées par la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

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

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

4.12 - Garde des ascendants

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

- la garde à Domicile par un intervenant habilité, du lundi au vendredi, hors jours fériés,
- OU le transfert des ascendants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire,
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile.

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

Si personne ne peut s'occuper des enfants du Bénéficiaire restés seuls au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge, selon ce qui est prévu par le tableau

des garanties, l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile pendant la journée par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés,
- OU le transfert des enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire,
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile,

Ces garanties sont mises en œuvre **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur pour le transfert des ascendants chez un proche, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

En cas de décès et si aucun proche ne peut se rendre disponible, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice et des enfants handicapés en centre spécialisé, par l'un de ses prestataires.

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

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

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

4.15 - Livraison de médicaments
FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, depuis la pharmacie la plus proche du Domicile jusqu'au Domicile lorsque ni l'Adhérent, ni le Conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger.

FILASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments**, qui seront remboursés par le Bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.**

4.16 - Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement
Sur simple demande du Bénéficiaire, FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans la recherche de prestataires et de l'établissement des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement ou du véhicule et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales.**

FILASSISTANCE communique également au Bénéficiaire des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé.

Le coût des devis et des travaux engagés est à la charge du Bénéficiaire qui le règlera directement au prestataire retenu.

Le choix final du prestataire est à la discrétion du Bénéficiaire.

En aucun cas, FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable d'une exécution défaillante de ce prestataire.

4.17 - Présence d'un proche au chevet
Lorsque le Bénéficiaire doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est seul lors de son déplacement, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, afin de se rendre à son chevet.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

4.18 - Présence d'un proche au Domicile
FILASSISTANCE organise et prend en charge en France la venue d'un proche,

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

4.19 - Hébergement sur place pour des raisons médicales
Si l'état de santé du Bénéficiaire ne justifie pas une Hospitalisation ou un transport sanitaire mais que son retour à la date initialement prévue est contre-indiqué médicalement, FILASSISTANCE **prend en charge son hébergement.**

4.20 - Retour des proches du Bénéficiaire
FILASSISTANCE organise et prend un charge le retour des proches qui voyageaient avec le Bénéficiaire.

4.21 - Rapatriement de corps
En cas de décès du Bénéficiaire, FILASSISTANCE **organise et prend en charge le transport du corps du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France si le Domicile de l'Adhérent est situé en France ou dans le DROM de résidence si le Domicile de l'Adhérent est situé dans un DROM.**

Le transport entre l'aéroport international le plus proche

du lieu d'inhumation est pris en charge dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

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

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

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

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

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

4.22 - Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire malade ou blessé

La décision de rapatriement est prise exclusivement par le médecin de FILASSISTANCE après échange avec le médecin sur place.

Seuls les frais engagés à compter de la décision de rapatriement sont pris en charge et après accord de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE **ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.**

Seuls, la situation médicale du Bénéficiaire ainsi que le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou autre ...) et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

Le rapatriement du Bénéficiaire se fait vers son Domicile ou dans un hôpital proche de son Domicile.

Dans le cas où des soins médicaux ou examens spécifiques ne peuvent pas être réalisés sur place et qu'un établissement de soins proche est susceptible d'assurer ces soins, FILASSISTANCE achemine le Bénéficiaire vers cet établissement avant son retour au Domicile ou dans un hôpital proche de son Domicile.

Le rapatriement est mis en œuvre uniquement dans le cas où le problème médical subi par le Bénéficiaire l'empêche de rentrer par les moyens initialement prévus.

Les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine des médecins de FILASSISTANCE.

L'hébergement n'est pas pris en charge dans le cadre de cette garantie.

Le médecin de FILASSISTANCE pourra éventuellement consulter le médecin traitant habituel du Bénéficiaire.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins de FILASSISTANCE, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé.

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé,
FILASSISTANCE organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

Lorsque le rapatriement concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue un proche afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, FILASSISTANCE fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

4.23 - Venue d'un proche pour les démarches administratives en cas de décès du Bénéficiaire

Dans le cas où des raisons administratives imposent la présence d'un proche sur les lieux pour une reconnaissance du corps, des formalités de rapatriement ou une inhumation provisoire ou définitive sur place du Bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un membre de sa famille sur place, .

Dans ce cas, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue et l'hébergement du proche à concurrence de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

4.24 - Téléassistance

Afin de sécuriser le maintien au domicile du Bénéficiaire, FILASSISTANCE oriente ce dernier vers un prestataire de téléassistance spécialisé.

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

Au-delà de la prise en charge de FILASSISTANCE, le Bénéficiaire pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à sa charge.

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 ;
- les conséquences des séjours dans une zone formellement déconseillée par le ministère des affaires étrangères français (la liste par pays peut être trouvée sur le site : https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/) ;
- les conséquences des séjours à l'étranger, de plus de 90 jours consécutifs.

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.

Exclusions territoriales

Les garanties ne peuvent jamais trouver à s'appliquer, sauf dispositions dérogatoires expresses :

- dans un pays en guerre que celle-ci soit internationale ou civile ;
- dans un pays sur le territoire duquel a lieu quelque émeute, soulèvement de population, manifestation ou plus généralement tout évènement que ce soit dont l'ampleur rend manifestement la mise en œuvre de la prestation ou garantie impossible.

Toute délivrance de prestation ou de garantie prévue au Contrat devant être effectuée :

- dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par la Direction Générale du Trésor et librement consultables sur le site internet officiel de cette dernière accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales,
- dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par le Groupe d'Action Financière (GAFI) et librement consultables sur le site internet officiel de ce dernier et accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : https://www.fatf-gafi.org/fr/pays/, et plus généralement,
- dans un pays faisant l'objet d'une sanction internationale ou dans lequel la délivrance en tout ou partie de la garantie par l'assureur contreviendrait à la réglementation Européenne et Internationale applicables,

sera réalisée dans le cadre des dispositions et restrictions spécifiques prévues aux termes de l'une ou l'autre des listes précitées.

L'Adhérent reconnaît que la réglementation Européenne et Internationale définissant les interdictions et/ou restrictions d'activité commerciale, financière ou bien encore assurancielle dans certains pays ou zones géographiques de la planète, dont les listes officielles telles que notamment celles mises à disposition par la DGT et le GAFI découlent directement, sont susceptibles d' évoluer à tout moment et ainsi entrainer des modifications du périmètre et/ou de la portée des mesures de restriction et/ou d'interdiction prévues aux termes de ces dernières ou, le cas échéant, de toute autre liste officielle s'y ajoutant ou s'y substituant.

À ce titre, en cas de désaccord entre les parties sur l'interdiction faite à FILASSISTANCE de délivrer sa garantie, celles-ci devront se référer à la ou les liste(s) officielle(s) dans leur version en vigueur au regard de la réglementation applicable à la date de survenance du sinistre litigieux.

Dans le cadre de toute opération de virement à l'international ordonnée par FILASSISTANCE, il est entendu entre les parties que la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être recherchée dans l'hypothèse où l'établissement bancaire émetteur auquel FILASSISTANCE s'est adressé refuserait de procéder à l'opération de virement au motif que celle-ci serait contraire à la réglementation Européenne ou Internationale applicable en général ou plus particulièrement incompatible avec l'une de ses politiques internes.

5.2 - Exclusions spécifiques à la garantie « Avance et remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'Etranger »

FILASSISTANCE ne peut intervenir pour les frais suivants, engagés à l'Etranger :

- les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à un Accident corporel ou à une maladie survenus à l'étranger ;

- les frais consécutifs à une maladie chronique, à des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;

- les transports primaires d'urgence, les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer, ou dans le désert ;

- les frais de rééducation, de kinésithérapie, de chiropraxie ;

- les voyages entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement ;

- les vaccins et les frais y afférents ;

- les visites médicales de contrôle et les frais y affé-

- du traitement médical administré en milieu hospitalier par une personne ayant le même Domicile ou un lien familial avec l'Adhérent ;

- du séjour, de la convalescence et des soins infirmiers reçus lorsque l'Hospitalisation est réalisée dans un but autre que celui de recevoir un traitement médical ou lorsque le traitement reçu ne nécessite pas une Hospitalisation ;

- des soins hospitaliers relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie plastique sauf s'il s'agit d'une opération de chirurgie réparatrice consécutive à un Accident corporel ou à une Maladie de l'Adhérent survenu pendant la Période de couverture du Contrat;

- du traitement administré en milieu hospitalier des suites de pathologies et troubles addictifs liés à la consommation de drogues, narcotiques ou alcool y compris les cures de désintoxication ;

- du traitement administré en milieu hospitalier des troubles du comportement ou de l'attention, de l'hyperactivité, des troubles du spectre autistique, du trouble de l'opposition et du défi, des comportements antisociaux, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles affectifs ou d'adaptation, des troubles alimentaires ;

- des traitements et des opérations effectuées en milieu hospitalier liés à un changement de sexe ;

- des diagnostics, des traitements effectués en milieu hospitalier ou des complications liés à la stérilisation, aux dysfonctionnements sexuels et à l'interruption de grossesse sauf sur décision ou conseil du corps médical.

6 - CLAUSES REGLEMENTAIRES

6.1 - Subrogation

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

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

6.2 - Informatique et libertés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3 - Responsabilité

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

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

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

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

6.4 - Autorité de contrôle

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

6.5 - Réclamations

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

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

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

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

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

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

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

6.6 - Prescription

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

- **Délai de prescription**

Article L.114-1

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

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

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

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

• Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

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

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

• Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

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

• Causes ordinaires d'interruption de la prescription

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

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

Article 2240 du Code civil

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

• Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

• Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

• Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

• Causes de report et de suspension de la prescription

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

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour

participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

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

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

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

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

- **Saisine du médiateur**

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

6.7 - Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

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

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par le Conseil Administratif du 13 mai 2024

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

ARTICLE 1 - CONSTITUTION

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

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

Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2 - OBJET

L'Association GPST a pour objet :

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

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

ARTICLE 3 - MEMBRES

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 4 - SIÈGE SOCIAL

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

TITRE II
ADMINISTRATION

ARTICLE 5 - COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

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

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

Le président du Conseil d'Administration informe chaque

année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

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

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

ARTICLE 6 - MEMBRES DU BUREAU

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

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

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

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

ARTICLE 7 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 8 - POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

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

ARTICLE 9 - REPRÉSENTATION EN JUSTICE

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

TITRE III
ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

ARTICLE 10 - COMPOSITION DES ASSEMBLÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 12 - COMPOSITION DU BUREAU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

ARTICLE 13 - PROCÈS-VERBAL

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

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

ARTICLE 14 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

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

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

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

ARTICLE 15 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

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

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

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

ARTICLE 16 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

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

TITRE IV
RESSOURCES – DÉPENSES – COMPTES

ARTICLE 17 - RESSOURCES

Les ressources de l'Association se composent :

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

ARTICLE 18 - DÉPENSES

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors

des frais d'administration et de gestion, par :

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

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

ARTICLE 19 - COMPTES ANNUELS

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

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

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

ARTICLE 20 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

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

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

TITRE V
DISSOLUTION – DIVERS

ARTICLE 21 - DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION

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

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

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

néoliane — PREPAR-IARD ASSURANCE

Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 Paris – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 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.

N° 2/043 – Édition : Mai 2025

Confort Hospi

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

Produit 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 co-conçu et co-distribué par SANTIANE.FR – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS63278 - 06205 Nice Cedex 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice sous le N° 489 649 897– Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 07 006 282 (www.orias.fr), et géré par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat. C - CS 63278 - 06205 Nice Cedex 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice sous le N° B 510 204 274 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Produit assuré par **PREPAR-IARD** - Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 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.

Assistance du produit : **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 !