néoliane



Chiens Chats

L'Équité GENERALI

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES
N° EQSAN0744B
+ CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSISTANCE
+ STATUTS GPST

TABLEAU DES GARANTIES

Chiens & Chats

Les garanties sont exprimées en pourcentage correspondant aux dépenses engagées par l'assuré pour le remboursement des frais de santé de son animal, dans la limite du plafond indiqué et après déduction de la franchise annuelle. Les montants exprimés en euros s'entendent par année de souscription.



	ACCIDENT	ÉCO	ÉCO +	CONFORT	CONFORT +
	Couverture en cas d'accident[1] uniquement	Couverture en cas d'accident[1] et de maladie[2]		Couverture en cas d'accident[1] et de maladie[2] et prévention	
FRANCHISE (**annuelle** - non applicable à la garantie prévention)	Aucune	35 €	10 €	60 €	25 €
FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX • **Frais de soins** (honoraires vétérinaires, consultations, soins, interventions chirurgicales, hospitalisations, chimiothérapie, ambulance animalière) • **Examens diagnostiques** (frais d'analyse de laboratoire, d'imagerie médicale) Médicaments (prescrits et/ou administrés par le vétérinaire)	100 %	50 %	50 %	75 %	75 %
PRÉVENTION **(forfait annuel)** • **Bilan santé, vaccination, produits antiparasitaires** (anti-puces, anti-tiques, vermifuges...) • **Frais de stérilisation ou castration** (ainsi que les frais médicaux liés à ces actes) • **Détartrages et soins bucco-dentaires, phytothérapie**	Néant	Néant	Néant	40 €	40 €
PLAFOND **(annuel par animal)**	1 000 €	900 €	900 €	1 400 €	1 400 €

[1] Toute atteinte traumatique de l'organisme de l'animal assuré provenant d'un événement soudain, imprévu à celui-ci et indépendante de la volonté du Souscripteur ou de la personne ayant la garde de l'animal.
[2] Toute altération de l'état de santé de l'animal constatée par un vétérinaire.

DÉLAIS D'ATTENTE

- **2 jours** pour les frais de soins et frais chirurgicaux suite à un accident ainsi que pour le forfait prévention
- **45 jours** pour les frais de soins et frais chirurgicaux suite à une maladie
- **180 jours** pour la chirurgie liée aux ruptures de ligaments croisés quelle qu'en soit la cause ; chirurgie liée aux problèmes des glandes lacrymales et des paupières



LA COUVERTURE IDÉALE
POUR VOTRE ANIMAL



Des garanties simples et complètes

Parce que votre animal de compagnie est considéré comme un membre à part entière de votre famille, il mérite que vous lui apportiez une couverture santé de qualité et les meilleurs soins !

Les points forts

- Souscription simple et sans justificatif médical
- Des formules adaptées à vos besoins et votre budget
- Frais de dossier offerts
- Garanties d'assistance étendues incluses pour toutes les formules :
  - Prise en charge des animaux en cas d'hospitalisation imprévue du maître
  - Transport de l'animal, hébergement du maître et envoi de médicament en cas d'hospitalisation ou de maladie
  - Aide en cas de disparition de l'animal

Exemples de remboursement



OSCAR

BASE DE REMBOURSEMENT = TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS GARANTIS POUR CETTE PREMIÈRE CONSULTATION - FRANCHISE*

EXEMPLE DE FRAIS VÉTÉRINAIRES EN CAS DE MALADIE :

Oscar, 1 an, est un Cavalier King Charles assuré chez Néoliane Chiens & Chats.

Le propriétaire d'Oscar l'emmène chez le vétérinaire pour soigner une otite, les frais (consultation et médicaments) s'élèvent à 90 €. Il s'agit de la première demande de remboursement de l'année auprès de Néoliane Santé.
**A noter : la franchise n'est appliquée qu'une seule fois par année d'assurance quel que soit le nombre d'actes en cas de maladie ou d'accident.*

MONTANT DE REMBOURSEMENT D'OSCAR POUR CETTE PREMIERE CONSULTATION

Formule CONFORT+ 75% (Franchise 1er remboursement 25 €)		**Formule ÉCO+ 50%** (Franchise 1er remboursement 10 €)	
Remboursement	**Reste à charge**	**Remboursement**	**Reste à charge**
48,75 €	**41,25 €**	**40,00 €**	**50,00 €**

Durant la même année Oscar doit se faire opérer d'un kyste qui nécessite une hospitalisation avec anesthésie, opération et prescription de médicaments. Le montant total de ces frais s'élève à 250 €.

Formule CONFORT+ 75%		**Formule ÉCO+ 50%**	
Remboursement	**Reste à charge**	**Remboursement**	**Reste à charge**
187,50 €	**62,50 €**	**125 €**	**125,00 €**

A la fin de l'année le propriétaire d'Oscar l'emmène pour son bilan de santé annuel dont la facture s'élève à 45 €.

	Remboursement	**Reste à charge**
Formule CONFORT et CONFORT+	**40 €**	**5 €**



FRIMOUSSE

EXEMPLE DE FRAIS VÉTÉRINAIRES EN CAS D'ACCIDENT :

Frimousse, 3 ans, est un chat assuré chez Néoliane Chiens & Chats avec la formule Accident.

En mai, Frimousse fait une mauvaise chute et se casse la patte avant.
Le montant total des frais engagés pour le soigner (consultation, radiologie, anesthésie, opération, injection, hospitalisation, prescription de médicaments) s'élève à **700 €**.

LE REMBOURSEMENT S'EFFECTUE À 100% DES FRAIS ENGAGÉS UNIQUEMENT EN CAS D'ACCIDENT

Formule ACCIDENT 100% (aucune franchise)	**700 €**

Avec la formule Accident de Néoliane Chiens & Chats, les frais engagés en cas d'accident sont pris en charge à hauteur de 100% et sans franchise. Ainsi, le maître de Frimousse a été remboursé intégralement des frais engagés

**Ces exemples de soins sont donnés à titre indicatif, les tarifs peuvent varier selon le vétérinaire consulté et la région.*



SOMMAIRE

Préambule 5
Glossaire 6

1. L'objet du contrat 6

2. Les conditions de souscription 6

3. Les garanties 6
3.1 La formule accident 6
3.1.1 Remboursement des frais de soins 6
3.1.2 Remboursement des frais d'intervention chirurgicale 6
3.2 Les formules accident et maladie 7
3.2.1 Remboursement des frais de soins 7
3.2.2 Remboursement des frais d'intervention chirurgicale 7
3.3 Le forfait prévention 7
3.3.1 Ce que nous garantissons 7
3.3.2 Ce qui est exclu 7

4. Les montants de remboursement 7
4.1 Le taux de remboursement 7
4.2 Le plafond d'indemnité 7

5. Étendue territoriale 7

6. Les exclusions communes à toutes les garanties .. 7

7. Vie du contrat 8
7.1 Déclaration du risque 8
7.2 Prise d'effet du contrat 9
7.3 Prise d'effet des garanties 9
7.4 Modification des garanties 9
7.5 Durée du contrat 9
7.6 Résiliation du contrat 9

8. Demande de remboursement en cas de sinistre 10
8.1 Déclaration de sinistre 10
8.2 Justificatifs à transmettre à l'assureur 11
8.3 Évaluation des dommages 11
8.4 Règlement des indemnités 11
8.5 Subrogation légale 11
8.6 Pluralité d'assurances 11

9. Cotisations 11
9.1 Modification du tarif 11
9.2 Paiement de la cotisation 11
9.3 Conséquences du non-paiement de la cotisation 12
9.4 Paiement fractionné des cotisations 12

10. Dispositions diverses 12
10.1 Réclamations et procédure de médiation 12
10.2 Opposition au démarchage téléphonique 12
10.3 Information sur la protection des données personnelles 12
10.4 Droit de renonciation 15
10.5 Prescription 16
10.6 Intégralité du contrat 17
10.7 Autorité de contrôle 17
10.8 Sanctions internationales 17

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance Néoliane Chiens & Chats 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 » et se compose des documents suivants :

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

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

L'Assureur et co-concepteur du Contrat Groupe est **L'ÉQUITÉ**, Société anonyme au capital de 69 213 760 euros - Entreprise régie par le Code des assurances – 572 084 697 RCS PARIS - Siège social : 89 rue Taitbout 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026, ci-après dénommée l' « Assureur ».

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

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce de Nice sous le N° B 510 204 274 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr) – Siège social : 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE, ci-après dénommé le « **Courtier** ».

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

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

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



néoliane

Chiens Chats

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQSAN0744B

GLOSSAIRE

Tous les termes portant un astérisque dans le contrat font l'objet d'une définition ci-après.

- **Accident :** Toute atteinte traumatique de l'organisme de l'animal assuré* provenant d'un évènement soudain, imprévu à celui-ci et indépendante de la volonté du Souscripteur ou de la personne ayant la garde de l'animal.
- **Acte :** Ensemble des soins ayant la même cause ou origine et effectués par un docteur vétérinaire* régulièrement inscrit à l'ordre des vétérinaires sur un animal.
- **Animal assuré :** Le chien ou le chat du Souscripteur désigné et identifié sur la demande d'adhésion et répondant aux conditions pour être assuré.
- **Année d'assurance :** Période comprise entre deux échéances annuelles.
- **Cotisation :** Somme que vous nous* versez en contrepartie des garanties.
- **Déchéance :** Perte de votre droit à indemnité sanctionnant le non-respect d'une obligation contractuelle.
- **Délais de carence :** Période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Cette période débute à la date d'effet du contrat indiquée sur la demande d'adhésion.
- **Échéance anniversaire :** La date d'échéance anniversaire* détermine le point de départ de chaque année d'assurance*.
- **Franchise :** La partie des frais, garantis au titre du contrat, restant à votre charge. Elle ne s'applique pas cependant au forfait prévention éventuellement souscrit.
- **Intervention chirurgicale :** Intervention invasive pratiquée sur l'organisme, avec ou sans incision du plan cutané et nécessitant une sédation et/ou une anesthésie (locale, régionale ou générale) dans le but de remédier à une situation pathologique, ou dans un but diagnostique.
- **Maladie :** Altération de l'état de santé de l'animal assuré* due à une autre cause que l'accident*.
- **Nous :** L'ÉQUITÉ ou toute personne à laquelle nous* aurions confié la gestion d'une garantie pour notre compte.
- **Sinistre :** Événement susceptible de mettre en jeu la garantie de l'Assureur.
- **Vétérinaire :** Docteur en médecine vétérinaire* inscrit à l'Ordre des vétérinaires français dans le cadre de l'exercice de sa profession sur le territoire de France métropolitaine.

1 — OBJET DU CONTRAT

Ce contrat garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux suite à un accident* corporel et/ou une maladie* (selon la formule choisie) subi(e)(s) par l'animal désigné au certificat d'adhésion, dont le Souscripteur du contrat est propriétaire ou gardien, selon les modalités indiquées dans les chapitres suivants.

2 — LES CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Au moment de l'adhésion au contrat, l'animal doit être identifié par les moyens officiels (tatouage ou puce électronique).
Il devra être âgé d'au moins 3 mois et de moins de 8 ans au jour de la souscription du contrat.

Il ne doit pas avoir fait l'objet pour l'assurance de cet animal d'une résiliation par un assureur au cours des deux dernières années précédant la souscription.

Il doit idéalement être à jour de ses vaccins et de leurs rappels pour éviter toute exclusion au moment d'un sinistre : les frais liés aux maladies qui auraient pu être évitées par les vaccinations ne sont pas prises en charge.

Les animaux suivants ne peuvent être garantis :
- **les animaux faisant partie d'une meute ;**
- **les animaux faisant l'objet d'une quelconque activité commerciale ;**
- **les animaux utilisés à des fins professionnelles.**

3 — LES GARANTIES

La formule que vous avez choisie est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

3.1 La formule accident

Ce que nous* garantissons

3.1.1 REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS

Si votre animal est victime d'un accident* nécessitant l'intervention d'un vétérinaire*, nous* prenons en charge le remboursement de tout ou partie des frais de soins suivants qui en découlent :
- honoraires du vétérinaire* (consultation, visite, soins) ;
- frais de médicaments* et produits pharmaceutiques prescrits ou administrés par lui-même ;
- frais de diagnostic (frais d'analyses de laboratoire et d'examens de radiologie prescrits par le vétérinaire* sur ordonnance ou réalisés par lui-même).

3.1.2 REMBOURSEMENT DES FRAIS D'INTERVENTION CHIRURGICALE*

Si votre animal est victime d'un accident nécessitant

une intervention chirurgicale* pratiquée par un docteur vétérinaire*, nous* prenons en charge le remboursement de tout ou partie des frais suivants qui en découlent :
- honoraires propres à l'intervention chirurgicale* ;
- frais de diagnostic (frais d'analyses de laboratoire et d'examens de radiologie prescrits par le vétérinaire* sur ordonnance ou réalisés par lui-même) ;
- frais de pharmacie, d'anesthésie et de soins liés directement à l'intervention chirurgicale* ;
- frais de séjour en clinique vétérinaire* nécessités par l'opération et sur justification médicale ;
- frais de transport en ambulance animalière, à condition que ceux-ci soient médicalement justifiés.

3.2 Les formules accident et maladie

Ce que nous* garantissons :

3.2.1 REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS

Si votre animal est victime, soit d'un accident*, soit d'une maladie*, nécessitant l'intervention d'un vétérinaire*, nous* prenons en charge le remboursement de tout ou partie des frais de soins suivants qui en découlent :
- honoraires du vétérinaire* (consultation, visite, soins, chimiothérapie, radiothérapie) ;
- frais de médicaments* et produits pharmaceutiques prescrits ou adminisstrés par lui-même ;
- frais de diagnostic (frais d'analyses de laboratoire et d'examens de radiologie prescrits par le vétérinaire* sur ordonnance ou réalisés par lui-même).

3.2.2 REMBOURSEMENT DES FRAIS D'INTERVENTION CHIRURGICALE*

Si votre animal est victime, soit d'un accident*, soit d'une maladie*, nécessitant une intervention chirurgicale* pratiquée par un docteur vétérinaire*, nous* prenons en charge le remboursement de tout ou partie des frais suivants qui en découlent :
- honoraires propres à l'intervention chirurgicale* ;
- frais de diagnostic (frais d'analyses de laboratoire et d'examens de radiologie prescrits par le vétérinaire* sur ordonnance ou réalisés par lui-même) ;
- frais de pharmacie, d'anesthésie et de soins liés directement à l'intervention chirurgicale* ;
- frais de séjour en clinique vétérinaire* nécessités par l'opération et sur justification médicale ;
- frais de transport en ambulance animalière, à condition que ceux-ci soient médicalement justifiés.

Le taux de prise en charge dépend de la formule choisie.

3.3 Le forfait prévention sur les formules CONFORT et CONFORT +

3.3.1 CE QUE NOUS* GARANTISSONS

Afin de préserver le capital santé de votre animal, nous* participons à la prise en charge de frais de prévention réellement engagés effectué par un vétérinaire* dans la limite de 40 € par année d'assurance*:

- vaccins et consultations vaccinales, **à l'exception du vaccin contre la rage ;**
- bilan de santé, évaluations comportementales ;
- phytothérapie.

Pour les produits suivants, seuls les produits achetés chez un vétérinaire* (cabinet, clinique ou centre hospitalier) sont pris en charge :
- les produits antiparasitaires (anti-puces, anti-poux, anti-tiques, vermifuges...) ;
- les médicaments homéopathiques ;
- frais de stérilisation ou castration (ainsi que les frais médicaux liés à ces actes*) ;
- détartrages et soins bucco-dentaires.

3.3.2 CE QUI EST EXCLU

Les frais listés ci-dessus ne peuvent être pris en charge qu'au titre du forfait prévention. Tout autre frais engagé à titre préventif est exclu.

4 — LES MONTANTS DE REMBOURSEMENT

4.1 Le taux de remboursement et la franchise

Le taux de remboursement s'applique sur le total des frais garantis. Les taux selon la formule choisie sont les suivants :

Formule ACCIDENT	Formules ÉCO et ÉCO +	Formules CONFORT et CONFORT +
100 %	50 %	75 %

Les montants de la franchise annuelle restant à votre charge selon la formule choisie sont les suivants :

Formule ACCIDENT	Formule ÉCO	Formule ÉCO +	Formule CONFORT	Formule CONFORT +
Sans franchise	35 €	10 €	60 €	25 €

4.2 Le plafond d'indemnité

Un plafond annuel s'applique à votre contrat. Il correspond au montant maximum des indemnités cumulées sur une année d'assurance* au titre des garanties en cas d'accident* et en cas de maladie*. Il ne peut être ni dépassé, ni reporté.

Un plafond supplémentaire spécifique au forfait prévention s'applique à votre contrat. Il correspond au montant maximum des indemnités cumulées sur une année d'assurance* au titre des garanties incluses dans votre forfait prévention. Il ne peut être ni dépassé, ni reporté.

Formule ACCIDENT	Formules ÉCO et ÉCO +	Formules CONFORT et CONFORT +
1 000 €	900 €	1 400 €

5 — ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont applicables pour des frais vétérinaires engagés en France métropolitaine.

6 — LES EXCLUSIONS

Sont exclus de toutes les garanties :
Les frais consécutifs à (et leurs conséquences) :
- **tout accident* survenu avant la date de souscription du contrat ;**
- **une maladie* ou un état pathologique quelconque dont la première manifestation a pu être constatée avant la date de souscription du contrat ;**
- **les sinistres* causés ou provoqués intentionnellement par le Souscripteur ou avec sa complicité.**

Les frais occasionnés ou aggravés par les événements suivants :
- **mauvais traitements, manque de soins ou défaut de nourriture imputable au Souscripteur ou à la personne qui a la garde de l'animal ;**
- **participation à une action de chasse, lors de combats organisés, lors de courses, de compétitions sportives et leurs entraînements ;**
- **utilisation de l'animal dans le cadre d'une activité professionnelle telle que gardiennage ou sauvetage ;**
- **faits de guerre (civile ou étrangère), émeutes et mouvements populaires ; la désintégration du noyau atomique, tremblement de terre, une inondation, une éruption volcanique ou tout autre cataclysme.**

Les frais relatifs aux actes* suivants :
- **non pratiqués ou prescrits par un docteur vétérinaire* régulièrement inscrit à l'Ordre des Vétérinaires* de France ;**
- **liés à des maladies* qui auraient normalement pu être évitées si les vaccins préventifs avaient été à jour :**
  - **Pour les chiens : Maladie* de Carré, Hépatite, Leptospirose, Parvovirose ;**
  - **Pour les chats : Leucose féline, Coryza, Panleucopénie féline (Typhus) ;**
- **tout acte* pratiqué sans rapport avec la pathologie déclarée ;**
- **le suivi, de l'induction ou de l'interruption de chaleurs, de l'insémination artificielle et la congélation de semence ;**
- **les mises bas et les césariennes qui ne sont pas occasionnées par un accident* ;**
- **les interventions chirurgicales* visant à corriger les défauts anatomiques ou ayant un but esthétique et toute opération de convenance et leurs conséquences (par exemple : taille des oreilles ou de la queue, les entropions, les ectropions et les hernies ombilicales sans étranglement, la coupe des griffes, ablation des ergots...) ;**
- **les soins d'hygiène et de toilettage ;**
- **les dépistages en l'absence de problème de santé (par exemple : dépistages de leishmaniose, dépistages de tares oculaires, dépistages de dysplasie, dépistages génétiques) ; les contrôles de croissance ; les frais de titrage des anticorps antirabiques, les visites pour chiens mordeurs ;**
- **identification : puce électronique ou tatouage ;**
- **les frais de pension ;**
- **autopsie ;**
- **établissement d'un passeport ou de tout autre document ;**
- **les conséquences de l'absence de détartrage, l'exérèse des dents de lait ou l'exérèse des dents dans un but esthétique ou de convenance.**

Les frais exposés suite à :
- **une anomalie constitutionnelle, aux infirmités, aux malformations, aux pathologies d'origine congénitale et/ou héréditaire et leurs conséquences ainsi que les frais de dépistage, y compris la dysplasie de la hanche et du coude, (non union du processus anconé, ostéochondrite disséquante du coude, fragmentation du processus coronoïde l'ulna, incongruence articulaire), les atteintes des cartilages de l'épaule (ostéochondrite et ostéochondrose disséquantes), les (sub)luxations des rotules des chiens de petite taille, les anomalies des narines, du palais et du larynx des races brachycéphales, l'ectopie testiculaire y compris les frais de dépistage de ces pathologies ;**
- **la cataracte* des chiens âgés de plus de 8 ans ;**
- **la rage, toutes maladies* contagieuses (épizootie) entraînant l'abattage de l'animal ;**
- **la gestation : diagnostic, suivi de gestation, interruption volontaire de gestation et ses conséquences ;**
- **une pathologie comportementale (visites et traitements) ;**
- **l'euthanasie qui n'est pas consécutive à un accident* ou une maladie* garanti au contrat,**
- **l'inhumation et l'incinération.**

Les frais engagés pour les produits suivants :
- **médicaments prescrits sans rapport avec la pathologie déclarée ;**
- **produit qui n'a pas fait l'objet d'une prescription vétérinaire* (ordonnance) ou qui n'est pas un médicament ayant une Autorisation de Mise sur le Marché ;**
- **produits et médicaments liés aux troubles du comportement ;**
- **aliments (médicamenteux, diététiques ou thérapeutiques) ;**
- **appareillages et objets médicaux ;**
- **prothèses dentaires, oculaires et prothèses de la hanche ;**
- **produits nutritionnels, thérapeutique ou les compléments alimentaires ;**
- **produits d'entretien et d'hygiène (lotions, shampooings, dentifrices).**
- **médicaments pour interrompre les chaleurs ou la gestation, ou provoquer une contraception chimique.**

Les frais suivants ne peuvent être pris en charge qu'au titre du forfait prévention :
- **vaccins et consultations vaccinales ;**
- **bilan de santé, évaluations comportementales ;**
- **phytothérapie ;**
- **produits antiparasitaires (antipuces, anti-poux, anti-tiques, vermifuges...) ;**
- **médicaments homéopathiques ;**
- **frais de stérilisation ou castration (ainsi que les frais médicaux liés à ces actes*) ;**
- **détartrages et soins bucco-dentaires.**

7 – VIE DU CONTRAT

7.1 Déclaration du risque

L'adhésion au Contrat groupe est établie d'après vos déclarations en réponse aux questions posées par l'Assureur lors de la souscription et la cotisation* en tient compte.

Vos déclarations sont reproduites dans la demande d'adhésion ou dans le certificat d'adhésion.

En cours de contrat :
Vous devez déclarer dans les quinze (15) jours de la date à laquelle vous en avez connaissance, tout évènement nouveau modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui rend inexactes* ou caduques les déclarations figurant sur la demande d'adhésion ou sur le certificat d'adhésion.
- Si les modifications constituent une aggravation de

risque :
- soit nous* résilions le contrat par lettre recommandée en respectant un préavis de dix (10) jours. La résiliation intervient le 11ème jour à 0 heure après la date d'envoi de cette lettre.
- soit nous* proposons une majoration de cotisation*. Dans ce cas, si vous ne donnez pas suite à cette proposition ou si vous refusez expressément dans le délai de trente (30) jours à compter de la proposition, nous* pouvons résilier le contrat. La résiliation prendra effet le 31ème jour à 0 heure à compter de l'envoi de la proposition.

- Si les modifications constituent une diminution de risque :
  - soit nous* diminuons la cotisation*,
  - soit, à défaut, vous pouvez résilier le contrat par lettre recommandée en respectant un préavis de trente (30) jours. La résiliation prendra effet le 31ème jour après l'envoi de cette lettre.

Ces évènements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraine la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.
En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, constatée avant sinistre, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité.
En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de dix (10) jours en restituant à l'Adhérent le prorata de prime ou maintenir l'adhésion en augmentant la prime à due proportion.
Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Adhérent.
Si, en cours d'adhésion, un Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument versée peut-être réclamée à l'Adhérent. L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'article 7.6 de la présente Notice d'information. La résiliation prend effet trente (30) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

7.2 Prise d'effet du contrat
L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion. Il en sera de même pour tout avenant au contrat.
Lorsque la prise d'effet du contrat est différée, vous devez nous* déclarer par lettre recommandée tous les changements à vos réponses intervenant entre sa date de souscription et sa date de prise d'effet ; vous vous engagez à régler le supplément de cotisation* qui pourrait en résulter.

7.3 Prise d'effet des garanties
Les garanties prennent effet après l'expiration des délais de carence suivants à partir de la date d'effet du contrat d'assurance :

- 2 jours pour les frais de soins et frais chirurgicaux suite à un accident*, ainsi que pour le forfait prévention ;
- 45 jours pour les frais de soins et frais chirurgicaux suite à une maladie* ;
- 180 jours pour la chirurgie liée aux ruptures de ligaments croisés quelle qu'en soit la cause ; chirurgie liée aux problèmes des glandes lacrymales et des paupières.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat ayant pour objet d'augmenter les garanties.
Toute manifestation d'une pathologie ou d'un accident*, ainsi que de ses suites et conséquences, pendant les délais de carence sera exclue pendant toute la durée du contrat.

7.4 Modification de garanties
Vous pouvez demander à changer de formule de garantie une fois par année d'assurance. Ce changement prendra effet à la date d'échéance anniversaire de votre contrat.

7.5 Durée du contrat
La première année, il est conclu pour la période comprise entre sa date d'effet et sa date anniversaire puis au 31 décembre de chaque année.
Sauf convention contraire mentionnée à la demande d'adhésion, après la première année, il sera reconduit tacitement d'année en année au 31 décembre de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions prévues à l'article 7.6 « Résiliation du contrat ».

Conditions de garantie : Seuls les frais engagés entre les dates d'effet et de résiliation du contrat seront pris en charge.
Les frais engagés après la cessation de la garantie ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à cette cessation.

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

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

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

par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R – Bat. C
CS 63278 - 06205 NICE

Si la demande est recevable, le Gestionnaire adressera un certificat de radiation précisant la date d'effet de la résiliation à l'Adhérent.

Lorsque la résiliation émane de l'Assureur, elle doit être adressée par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

7.6.1 Par l'Adhérent ou par l'Assureur

- Après douze (12) mois d'assurance avec un préavis de deux (2) mois, puis au 31 décembre de chaque année, moyennant le même délai de préavis (article L113-12 du Code des assurances). La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances).

7.6.2 Par l'Adhérent

- en cas de diminution du risque en cours de contrat, tel que prévu à l'article « Déclaration du risque » ;
- en cas de résiliation après sinistre* d'un autre contrat dont vous bénéficiez auprès de l'Assureur (articles R 113-10 et A 211-1-2 du Code des assurances) : la demande de résiliation doit être faite dans le mois suivant la notification de la résiliation du contrat sinistré. La résiliation prend effet le 31ème jour à 0 heure à compter du lendemain de l'envoi de la demande de résiliation de l'Adhérent ;
- en cas d'augmentation de la cotisation* du présent contrat conformément à l'article « La cotisation* » ;
- en cas de décès de l'animal assuré* : vous devez nous* fournir un certificat de décès (ou une attestation d'incinération), document original, établi par le vétérinaire*, mentionnant la date du décès, le nom et le numéro d'identification de l'animal. La résiliation sera actée à la date de décès de l'animal ;
- en cas de cession de l'animal assuré* : à compter de l'information faite à l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception. Vous devez nous* fournir la carte d'identification de l'animal avec les coordonnées du nouveau propriétaire ainsi qu'une déclaration sur l'honneur de cession de l'animal.
- en cas de fuite ou de perte de l'animal assuré* : l'Adhérent doit transmettre à l'assureur, par courrier recommandé avec avis de réception, une copie de la déclaration de perte auprès du Fichier National d'Identification des Carnivores Domestiques (ICAD). La résiliation sera actée à la date de réception du courrier recommandé.

7.6.3 Par l'Assureur

- En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation (L.141-3 du code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet quarante (40) jours après envoi de la lettre de mise en demeure ;
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent constatée avant un sinistre, sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation et entraine la restitution à l'Adhérent de la portion de prime payée pour la période où l'assurance n'est plus en vigueur ;
- En cas de fraude constatée ou de déclarations fausses, inexactes ou réticentes au moment du sinistre. La résiliation prend effet trente (30) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation ;
- après sinistre* (articles R 113-10 du Code des assurances). L'assureur peut notifier à l'assuré, par lettre recommandée, la résiliation du contrat. La résiliation intervient le 31ème jour à 0 heure à compter de la date d'envoi de cette lettre. Dans ce cas, l'assuré peut résilier ses autres contrats souscrits auprès de l'assureur, dans le mois suivant la notification de la résiliation du contrat sinistré.

7.6.4 De plein droit

- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur. La résiliation intervient le 40ème jour à midi après la publication du Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société.
- en cas de décès de l'assuré (article L121-10 du code des assurances).

  Le contrat sera résilié :
  - par nous* dans les trois (3) mois à compter de la demande de l'héritier (ou des héritiers) ou de l'acquéreur de l'animal assuré de transférer l'assurance à son nom,
  - par l'héritier ou l'acquéreur de l'animal assuré* à tout moment avant la reconduction du contrat.

La résiliation intervient le lendemain à 0H de la demande.

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

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPST dans les conditions prévues à l'article R.141-6 du Code des assurances. Dans ce cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications apportées à ses droits et obligations, dans un délai de trois (3) mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Contrat groupe peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par tout type de moyen au moins trois (3) mois avant la date de renouvellement. En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle au Contrat groupe ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront à bénéficier de l'ensemble des clauses et conditions du Contrat groupe existantes à la date de résiliation.

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

8 – DEMANDE DE REMBOURSEMENT EN CAS DE SINISTRE*

8.1 Déclaration de sinistre*

Le gestionnaire* devra être informé par écrit dans les CINQ (5) jours ouvrés après que vous en ayez connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure, de tout événement susceptible d'entraîner le bénéfice des

garanties du présent contrat.

Vous devez adresser au gestionnaire l'original du formulaire « Demande de remboursement » ou « feuille de soins » que vous avez reçu avec votre contrat, dûment remplie par vous-même pour la partie administrative et par votre vétérinaire* pour la partie financière et médicale. Elle devra être datée et signée par vous-même et par votre vétérinaire* qui apposera son tampon professionnel et joindra un exemplaire de la facture relative à son intervention.

L'Adhérent a 60 jours maximum pour faire parvenir son dossier de sinistre complet. Toute demande incomplète vous sera retournée systématiquement.

Si le sinistre* n'est pas déclaré dans les délais prévus, sauf cas fortuit ou de force majeure, il y a déchéance* du droit à indemnité si nous* établissons que ce retard nous* a causé un préjudice.
D'autre part, si de mauvaise foi, vous utilisez des documents inexacts comme justificatifs, usez de moyens frauduleux ou encore faites des déclarations inexactes* ou réticentes, la garantie ne vous sera pas acquise.

8.2 Justificatifs à transmettre à l'Assureur

Vous vous engagez à fournir au gestionnaire les originaux des justificatifs des frais exposés et de l'ordonnance du vétérinaire*, et toutes pièces, documents, renseignements qu'il jugera utile.

En cas d'accident* corporel de l'animal, vous devez joindre une déclaration sur l'honneur sur papier libre décrivant les circonstances de l'accident*, la date, et le cas échéant, l'identité des animaux et des personnes impliqués.

Tout dossier incomplet ne pourra pas donner lieu à un remboursement.

8.3 Evaluation des dommages

Le gestionnaire se réserve la possibilité de consulter le vétérinaire* de l'animal assuré* pour tout renseignement complémentaire.
Une expertise peut être réalisée par un docteur vétérinaire* de son choix à ses frais avant remboursement.

Votre refus de soumettre l'animal à ce contrôle entraînera la perte de tout droit à indemnité.

8.4 Règlement des indemnités

Le paiement des indemnités se fera dès que possible et au plus tard dans un délai de trente (30) jours à compter de la réception du dossier de sinistre* complet.

8.5 Subrogation légale

L'Assureur est subrogé, conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par lui, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables du dommage.
Si la subrogation ne peut plus, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, celui-ci est déchargé de ses obligations envers l'assuré, dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

8.6 Pluralité d'assurances

Si les risques garantis par le présent contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, vous devez en informer immédiatement l'Assureur par lettre recommandée et lui indiquer l'identité des autres assureurs du risque.

Conformément à l'article L121-4 du Code des assurances :
- Lorsque plusieurs assurances pour un même intérêt, contre un même risque, sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans la limite des garanties du contrat et dans le respect des dispositions de l'article L.121-1 du Code des assurances, quelle que soit la date à laquelle elle a été souscrite. Dans ces limites, vous pouvez-vous adresser à l'assureur de votre choix.
- **Quand ces assurances sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, l'assureur peut solliciter la nullité du contrat et l'allocation de dommages et intérêts.**

9 — COTISATIONS

Votre cotisation* globale est fixée dans la demande d'adhésion et dans le certificat d'adhésion.

Elle est exprimée en euros, et comprend la cotisation* nette (afférente au risque) hors taxes, le cas échéant les frais accessoires, les taxes et les charges parafiscales.

Elle est fixée d'après les déclarations de l'Adhérent reproduites dans la demande d'adhésion ou dans le certificat d'adhésion et en fonction du montant et de la nature des garanties souscrites.

La cotisation* totale est due par l'Adhérent.

Seule la part de cotisation* nette et les taxes correspondantes ainsi que les charges parafiscales récupérables auprès des administrations concernées peuvent faire l'objet d'un remboursement en cas d'avenant, notamment en cas de résiliation autre que pour non-paiement ou suite à la perte de l'animal assuré* résultant d'un événement garanti, entraînant un remboursement.

9.1 Modification de la cotisation

La cotisation peut être modifiée à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution des prix vétérinaires* et du montant global des remboursements effectués depuis l'origine du contrat, ou pour des raisons techniques.
En cas de modification du tarif par l'Assureur, vous pouvez résilier le contrat. La demande doit être faite par lettre recommandée dans un délai d'un (1) mois suivant la réception de l'avis de cotisation* ou de l'échéancier.
La résiliation prend effet le 31ème jour à 0 heure à compter du lendemain de l'envoi de la lettre de résiliation.

9.2 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.

9.3 Conséquences du non-paiement de la cotisation*

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation, l'Assureur envoie une lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée. Cette lettre vaut mise en demeure.
Faute de règlement, l'adhésion est alors résiliée quarante (40) jours après l'envoi de cette lettre. La résiliation entraine la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des évènements survenus pendant la période suivant l'envoi de la mise en demeure.

9.4 Paiement fractionné des cotisations*

Si vous avez souhaité régler votre cotisation* annuelle de manière fractionnée, ce fractionnement cessera dès qu'une fraction de prime sera impayée dans le délai prévu au paragraphe « Paiement de la cotisation* » (ou, en cas de prélèvement, dès qu'un prélèvement sera refusé par votre établissement bancaire).

L'intégralité de la cotisation* annuelle, déduction faite des fractions de cotisation* déjà réglées, sera alors immédiatement exigible et le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations* ultérieures.

En cas de non-paiement du solde de la cotisation*, le Gestionnaire pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué au paragraphe « Conséquences du non-paiement de la cotisation* ».

10 — DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 Réclamations et procédures de médiation

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

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

par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R – Bat. C
CS 63278 - 06205 NICE

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhérent ne peuvent excéder :
- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l'Assuré dans ce délai ;
- Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe chargée d'y répondre.

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

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

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

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

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

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

10.2 Opposition au démarchage téléphonique

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet **www.bloctel.gouv.fr.**
Nous pourrons cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

10.3 Information sur la protection des données personnelles

Identification du responsable de traitement des données à caractère personnel

L'EQUITE, Société anonyme au capital de 69 213 760 euros - Entreprise régie par le Code des assurances – 572 084 697 RCS PARIS - Siège social : 89 rue Taitbout 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI - Société appartenant au Groupe Generali immatri-

culé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026, est responsable de traitement en tant qu'Assureur, à l'exception des opérations suivantes, dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé en tant que Délégataire :

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

Finalités du traitement des données à caractère personnel

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

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat / de l'adhésion ou de mesures précontractuelles Et Consentement pour les données de santé collectées dans le cadre de la souscription de garanties spécifiques	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que l'obligation d'information, délivrance de conseil, devis ou simulation d'assurance - Réalisation d'actes de souscription / d'adhésion, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours - Réclamations et contentieux - Prise de décision liée à la souscription / l'adhésion ou l'exécution du contrat. Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription / l'adhésion et l'exécution du contrat / de l'adhésion, notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect de toute obligation légale, réglementaire et/ou administrative
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude, si besoin au moyen de techniques de ciblage, afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non-fraudeuses au contrat / de l'adhésion. - Etudes statistiques et actuarielles. - Renforcement de la connaissance client - Opérations de communication, de parrainage et de fidélisation - Services - Dispositifs de prévention - Création des espaces clients
(suite) Intérêt légitime	- Prospection commerciale autre que celle soumise à consentement - Profilage lié à la prospection commerciale, afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection - Amélioration continue des offres - Amélioration continue des process, notamment, la recherche des assurés et des bénéficiaires, au moyen de confrontation de données en vue de fiabiliser nos bases de données à caractère personnel et le renforcement de la connaissance des clients à risques au niveau du Groupe GENERALI.

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

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

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

Source d'où proviennent les données à caractère personnel :

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

Destinataires ou catégories de destinataires des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant l'Adhérent pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe GENERALI et aux entités du Groupe SANTIANE ainsi qu'aux partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes concernées, aux sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à la réalisation des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et règlementaires, les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.
Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe GENERALI pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe GENERALI.

Localisation des traitements des données personnelles de l'Adhérent

Le Groupe GENERALI France a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité des données de l'Adhérent.

Aujourd'hui, les data centers du Groupe GENERALI sur lesquels sont hébergées les données de l'Adhérent sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, l'envoi ponctuel d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique conforme à la réglementation (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes).

Les traitements de Néoliane Santé afférents aux opérations de gestion, tel que le traitement de demandes clients, sont également susceptibles d'être réalisés en dehors de l'Espace Economique Européen. Le cas échéant, ces traitements opérés depuis des pays tiers (Maroc, Tunisie) font l'objet d'un encadrement juridique spécifique (Clauses contractuelles types, Règles d'entreprise contraignantes).

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

Durée de conservation

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

A titre d'exemple, ci-dessous, les principales durées de conservation retenues par L'ÉQUITE :

Finalités de traitement	Durée
Enregistrement des conversations téléphoniques dans le cadre d'un démarchage téléphonique ayant abouti à la conclusion d'un contrat	2 ans
Lutte contre la fraude : **• Alerte non pertinente** **• Alerte pertinente et fraude avérée**	· 6 mois à compter de la qualification de l'alerte. · 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données sont conservées jusqu'au terme de la procédure judiciaire. Elles sont ensuite archivées selon les durées de prescription applicables.

Exercice des droits

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

- **D'un droit d'accès** : droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont les responsables de traitement disposent et demander que l'intégralité lui soit communiquée.
- **D'un droit de rectification** : droit de demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- **D'un droit de suppression** : droit de demander aux responsables de traitement la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
- **Du droit de définir des directives** relatives au sort de ses données personnelles en cas de décès.
- **D'un droit à la limitation du traitement** : droit de demander aux responsables de traitement de limiter le traitement de ses données personnelles.
- **D'un droit à la portabilité des données** : droit de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable de traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.
- **D'un droit de retrait** : droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est

susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **D'un droit d'opposition** : droit de s'opposer au traitement de ses données personnelles, notamment concernant la prospection commerciale et plus généralement les finalités de traitement ayant pour base légale l'intérêt légitime.

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

Pour le Délégataire :

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

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

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

Adresse électronique :
droitdacces@generali.fr

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

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

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

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

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

10.4 Droit de renonciation

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

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

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

par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R – Bat. C
CS 63278 - 06205 NICE

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

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

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____Signature de l'Adhérent

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

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQSAN0744B

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

La demande de renonciation doit être adressée :

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

par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R – Bat. C
CS 63278 - 06205 NICE

Modèle de lettre de renonciation
en cas de démarchage à domicile

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

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L.112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____Signature de l'Adhérent

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

10.5 Prescription

Conformément au Code des assurances :

Article L114-1
« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre lui ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré. »

Article L114-2
« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114-3
« Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
En outre, conformément aux dispositions des articles 2240 et suivants du Code civil, la prescription peut être

interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment en cas de :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240) ;
- demande en justice, même en référé, et même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241).

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243) ;

- mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244).
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245). »

10.6 Intégralité du contrat

De convention expresse, vos réponses aux questions posées constituent un élément substantiel du contrat d'assurance indissociable de celui-ci et déterminant du consentement de l'assureur à la délivrance de l'assurance.

En conséquence, toute atteinte à la capacité de consentement ou de compréhension de la portée des engagements ou des termes des documents, de même que toute remise en cause du questionnaire et de son contenu qui constituent un tout indissociable du contrat d'assurance sont susceptibles d'affecter la validité même du contrat d'assurance.

10.7 Autorité de contrôle

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

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

10.8 Sanctions internationales

L'Assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'0rganisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictes par l'Union Européenne, la France, le Royaume Uni, les États-Unis d'Amérique.

Le présent contrat ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'assureur de fournir une garantie, payer un sinistre, ou accorder quelque couverture ou prestation, relativement à des risques situés en Afghanistan, Biélorussie, Birmanie, Crimée, Donetsk, Iran, Kherson, Lougansk, République populaire démocratique de Corée (Corée du nord), Russie, Syrie, Venezuela et/ou Zaporijia.

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

CONTRAT COLLECTIF **N° FIC25SAN0073**

ASSISTANCE CHIENS ET CHATS

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-25SAN0073.**

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-25SAN0073** 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 Chiens & Chats distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0073**.

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 ou de son Animal domestique, 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 de son Animal domestique, 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 Chiens & Chats distribué par NÉOLIANE SANTÉ et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Animaux domestiques : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation **à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.**

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-25SAN0073**.

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

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

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

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

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

Hospitalisation imprévue : Hospitalisation dont le Bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

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

Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est remis un billet de train, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. À défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/ retour.

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

Zone de résidence :

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

2 — MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS

2.1 - Délivrance des prestations

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie, **au plus tard avant la sortie de l'hôpital du Bénéficiaire.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 - Remboursement des prestations

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

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

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

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

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

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

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

2.3 - Conditions d'ordre médical

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

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

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

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

2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

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

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

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

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

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

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

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

3 – TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 3 JOURS DU BÉNÉFICIAIRE

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

Prise en charge des Animaux domestiques	
Pension animalière	15 jours maximum dans la limite de 300 € TTC par Évènement pour tous les Animaux domestiques
OU Déplacement d'un proche	1 Titre de transport par Évènement dans la limite de 300 € TTC maximum
OU Transfert des Animaux domestiques chez un proche	300 € TTC maximum par Évènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DE L'ANIMAL SURVENU A PLUS DE 50KM DU DOMICILE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint,
- par Évènement : l'Accident ou la Maladie de l'Animal domestique.

Conseils vétérinaires	Informations téléphoniques
Transport de l'animal vers le centre de soins vétérinaires	150 € TTC maximum par Évènement
Hébergement du Bénéficiaire	3 nuits maximum à l'hôtel par Évènement dans la limite de 75 € TTC maximum par nuit
Récupération de l'animal (Lorsque le centre de soins vétérinaires se trouve à plus de 50km du Domicile)	1 Titre de transport par Évènement

Envoi de médicaments	Frais d'acheminement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DISPARITION DE PLUS DE 24 HEURES DE L'ANIMAL DOMESTIQUE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint,
- par Évènement : la disparition de l'Animal domestique.

Disparation de l'animal	Mise en relation et frais de parution d'annonce dans la presse locale à hauteur de 50 € TTC maximum par Évènement
Transmission des messages	Transmission des messages

4 – DÉTAIL DES GARANTIES

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

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

4.1 - Conseils vétérinaires

En dehors de toute urgence médicale et pour toute interrogation sur la santé, le comportement, l'hygiène, l'alimentation ou le toilettage de l'Animal domestique, le Bénéficiaire sera mis en relation avec un expert vétérinaire de FILASSISTANCE.

4.2 - Disparition de l'animal

Afin d'aider les Bénéficiaires, FILASSISTANCE s'efforce d'orienter les appelants vers les services appropriés (mairie, gendarmerie locale, vétérinaires les plus proches) et pour communiquer la liste des refuges, des centres SPA locaux etc.

FILASSISTANCE se charge également de faire passer une annonce dans la presse locale au plus tôt et prend en charge les frais occasionnés **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

Le texte de l'annonce sera fourni par le Bénéficiaire.

4.3 - Envoi de médicaments

FILASSISTANCE recherche et expédie au Bénéficiaire les médicaments nécessaires à l'Animal domestique, prescrits médicalement et introuvables sur place, **sous réserve de conditions d'intervention possibles.**

Le coût des médicaments est à la charge du Bénéficiaire

4.4 - Hébergement du Bénéficiaire

FILASSISTANCE prend en charge les frais d'hébergement à l'hôtel du Bénéficiaire **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

4.5 - Prise en charge des Animaux domestiques

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

- Le transfert et/ou la garde des Animaux domestiques dans une pension animalière, située dans la Zone de résidence de l'Adhérent, **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique**,
- Le déplacement d'un proche pour venir garder les Animaux domestiques au Domicile, **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique**,
- Le transfert des Animaux domestiques chez un proche, **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

4.6 - Récupération de l'animal

Si le centre de soins vétérinaires où l'animal est soigné est à plus de 50km du Domicile du Bénéficiaire, FILASSISTANCE prend en charge son déplacement pour lui permettre de récupérer son Animal domestique resté dans le centre de soins vétérinaires et le ramener à son Domicile.

4.7 - Transmission des messages

FILASSISTANCE se charge de transmettre les messages relatifs à la disparition de l'animal au Bénéficiaire ou à ses proches.

4.8 - Transport de l'animal vers le centre de soins vétérinaire

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport de l'Animal domestique, si son état le nécessite, vers le centre de soins vétérinaires en France le plus proche, **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

5 – EXCLUSIONS

5.1 - Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

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

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :
- les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
- les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation.

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

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

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

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

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

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

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

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

6 - CLAUSES REGLEMENTAIRES

6.1 - Subrogation

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

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

6.2 - Informatique et libertés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3 - Responsabilité

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

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

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

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

6.4 - Autorité de contrôle

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

6.5 - Réclamations

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

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

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

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

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

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

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

6.6 - Prescription

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

• Délai de prescription

Article L.114-1

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

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

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

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

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

• Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

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

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

• Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de

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

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

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

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

- **Saisine du médiateur**

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

6.7 - Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

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

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

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

ARTICLE 1. CONSTITUTION

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1er juillet 1901, les articles L141-7 et R141-1 à R141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts et le cas échéant, son Règlement Intérieur.
Elle prend la dénomination de « GPST » (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous).
Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2. OBJET

L'Association GPST a pour objet :

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

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

ARTICLE 3. MEMBRES

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;
b) les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;
c) et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.
La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves.
La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.
La décision est rendue en dernier ressort par le Conseil d'Administration et n'a pas à être motivée.
Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

ARTICLE 4. SIÈGE SOCIAL

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

TITRE II
ADMINISTRATION

ARTICLE 5. COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 7 membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.
En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.
Ces Administrateurs peuvent être choisis parmi les membres de l'Association ou en dehors et être soit des personnes physiques, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.
Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles.
En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en courant d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.
Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses administrateurs.
Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.
Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.
Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux

du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

ARTICLE 6. MEMBRES DU BUREAU

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres ou ses représentants un président qui est également le Président de l'Association.
Il peut également désigner pour constituer le Bureau un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier, ces deux derniers pouvant être choisis en dehors des Administrateurs.
Le Président réunit et préside le Conseil d'Administration et le Bureau. Il assure la gestion courante de l'Association, applique et fait appliquer les décisions du Conseil d'Administration. Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses pouvoirs à un autre membre du Bureau.
Les attributions des membres du Bureau et le fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le Règlement Intérieur.

ARTICLE 7. FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.
Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.
Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative .
Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.
Les Administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions précisées le cas échéant par le Règlement Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents pour le calcul du quorum et de la majorité.
Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8. POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.
Le Conseil d'Administration signe avec un ou plusieurs assureurs tout nouveau contrat d'assurance de groupe.
Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.
Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur

ARTICLE 9. REPRÉSENTATION EN JUSTICE

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

TITRE III
ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

ARTICLE 10. COMPOSITION DES ASSEMBLÉES

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.
Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.
Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur.
Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.
Tous les pouvoirs en blanc retournés à l'Association donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agrées par le Conseil d'Administration.
Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

ARTICLE 11. CONVOCATION – QUORUM

L'Assemblée Générale est convoquée par le président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an.
Les adhérents devront se munir, pour participer à l'assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.
Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date

fixée pour la réunion de l'assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.
La convocation aux assemblées générales est individuelle: cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée.
Cette convocation pourra être transmise ainsi que 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 CHIENS CHATS
Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu et co-distribué par GROUPE SANTIANE HOLDING – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – 30/32 Boulevard de Vaugirard- 75015 PARIS – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr), et distribué par NÉOLIANE SANTÉ – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat. C - CS 63278 - 06205 NICE – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Assuré et co-conçu par L'ÉQUITÉ – Société anonyme au capital de 69 213 760 euros - Entreprise régie par le Code des assurances – 572 084 697 RCS PARIS - Siège social : 89 rue Taitbout 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : NÉOLIANE CHIENS & CHATS

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

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

Le produit **Néoliane Chiens & Chats** est un contrat d'assurance qui a pour objectif de garantir le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux suite à un accident corporel et/ou une maladie subie(s) par l'animal (chiens-chats) appartenant à l'Adhérent.

QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Les garanties sont soumises à un taux de remboursement et des plafonds déterminés en fonction de la formule choisie.

LES GARANTIES PRÉVOYANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ Remboursement des frais vétérinaires consécutifs à un accident corporel et/ou une maladie.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Les frais de prévention

LA GARANTIE ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- Hospitalisation imprévue du bénéficiaire (pension animalière, déplacement d'un proche, transfert des animaux chez un proche) ;
- Accident ou maladie de l'animal (conseil vétérinaire, transport de l'animal, hébergement de l'assuré, récupération de l'animal, envoi de médicaments) ;
- Disparition de l'animal.

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

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les animaux faisant partie d'une meute
- ✗ Les animaux faisant partie d'une quelconque activité commerciale
- ✗ Les animaux utilisés à des fins professionnelles

Cette liste n'est pas exhaustive.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :
Pour la garantie Chiens & Chats
- ! Le fait intentionnel de l'Adhérent ;
- ! Les maladies ou accidents dont les premiers symptômes sont survenus avant le jour de la souscription ou pendant le délai de carence et leurs conséquences sur la santé de l'animal postérieures à la souscription du contrat ;
- ! Toute intervention qui n'est pas pratiquée par un vétérinaire régulièrement inscrit à l'Ordre des Vétérinaires ;
- ! Les frais exposés par les maladies qui auraient pu être évitées si les vaccins préventifs requis avaient été faits ;
- ! Tout produit qui n'a pas fait l'objet d'une prescription médicale.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :
- ! Une somme restera à la charge de l'assuré en cas d'accident corporel et/ou maladie en fonction de la formule choisie ;
- ! L'animal doit être âgé d'au moins 3 mois et de moins de 8 ans au jour de la souscription ;
- ! L'animal doit être à jour de ses vaccinations le jour de la souscription et pendant la période d'assurance.

Cette liste n'est pas exhaustive.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

Les garanties du contrat s'appliquent pour des frais vétérinaires engagés en France métropolitaine.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

À l'adhésion au Contrat groupe :
- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Être âgé(e) d'au moins 3 mois et de moins de 8 ans, à la date d'adhésion au contrat ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'Assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :
- Déclarer tout sinistre dans les 15 jours toutes circonstances nouvelles modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui auraient pour effet de les rendre inexactes ou caduques ;
- Régler la cotisation (ou la fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cas de sinistre :
- Déclarer tout sinistre de nature à mettre en jeu l'une des garanties dans les conditions et délais impartis et joindre tous documents utiles à l'appréciation du sinistre ;
- Transmettre tous les documents demandés par l'assureur et soumettre l'animal à tous les examens et expertises qu'il demandera ;
- Informer l'assureur des garanties éventuellement souscrites pour les mêmes risques en tout ou partie auprès d'autres assureurs, ainsi que de tout remboursement que vous pourriez recevoir au titre d'un sinistre.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, auprès de l'assureur ou de son représentant dans les 10 jours à compter de l'échéance.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel, Trimestriel ou Semestriel).
Le paiement est effectué par prélèvement automatique.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'Adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion. En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile, l'Adhérent dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, qui commence à courir soit à partir de la date de signature de votre contrat, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Il est conclu pour la période comprise entre sa date d'effet et sa date anniversaire puis au 31 décembre de chaque année. Après la première année, il sera reconduit tacitement d'année en année au 31 décembre de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Les garanties entrent en vigueur après application d'un délai de carence à compter de la date d'effet du contrat.

La couverture prend fin :
- À la date de résiliation quelqu'en soit le motif, quelle qu'en soit la Partie à l'origine ;
- en cas de décès de l'animal assuré ;
- en cas de cession de l'animal assuré ;
- en cas de fuite ou de perte de l'animal assuré.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux mois (article L.113-12 du Code des assurances).
- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à :
  Néoliane Santé - Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R – Bat C – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 03
- Sur l'espace adhérent : : **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».**

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

EQSAN07744B – Edition : Octobre 2026

Chiens & Chats

néoliane

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

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat. C - CS 63278 - 06205 NICE SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances - Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Produit assuré par **L'ÉQUITÉ** – Société anonyme au capital de 69 213 760 euros - Entreprise régie par le Code des assurances – 572 084 697 RCS PARIS - Siège social : 89 rue Taitbout 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Assistance : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex – SA au capital de 4 100 000 € – RCS Nanterre 433 012 689 – Entreprise régie par le Code des Assurances – N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.

Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !