



néoliane



Protection GAV

L'Équité



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES

N°EQC1069A_NI_07/2023

+ STATUTS GPST

+ Conditions générales d'Assistance FILASSISTANCE



Protection GAV



Votre protection contre les accidents du quotidien

Néoliane Protection GAV (Garantie des Accidents de la Vie) vous aide à faire face aux conséquences des accidents de la vie privée (brûlures, chutes, blessures...)

BONUS
FIDÉLITÉ

INDEMNISATION
JUSQU'À
1 MILLION
D'EUROS

LES AVANTAGES

de Néoliane Protection GAV (Garantie des Accidents de la Vie)

- ✓ Une tarification adaptée à votre situation familiale : solo, duo ou famille
- ✓ Choix de 2 couvertures possibles : 5 % (Optimale) ou 30 % (Standard), selon le seuil d'AIPP (Atteinte à l'Intégrité Physique et/ou Psychique)
- ✓ Souscription sans formalité médicale ni administrative
- ✓ Adhésion jusqu'à 75 ans inclus
- ✓ Couverture des sports dangereux* incluse sans surprime
- ✓ Services d'assistance inclus et adaptés en cas d'immobilisation au domicile, en cas d'hospitalisation suite à un accident (aide ménagère, transfert ou garde des enfants, livraison de médicaments, etc.), en cas d'accident laissant présager une incapacité permanente au moins égale à 5 % ou 30 % (adaptation du domicile, assistance à la reconversion professionnelle, accompagnement dans les déplacements, etc.)
- ✓ Néoliane Protection GAV répond aux exigences du label GAV de France Assureurs permettant à l'Assuré de bénéficier de garanties socles minimales.

*Hors pratique professionnelle ou activité rémunérée

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiées par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016



Association GPST

30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS

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 cours 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

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

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 agréés 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



Association GPST

30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS

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

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

son Siègle 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.

**NOTICE D'INFORMATION**

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQC1069A_NI_07/2023

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance Protection GAV 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 11), 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 : 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_03PBRV - 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'Équité ce Contrat groupe au profit de ses adhérents.

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

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

Le co-concepteur et co-distributeur du Contrat Groupe est **GROUPE SANTIANE HOLDING** (GSH), SAS au capital de

511 539 € - RCS Paris 812 962 330 - 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) - Intervient en qualité de co-courtier de Néoliane Santé.

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

DÉFINITIONS

ADHÉRENT : La personne physique majeure qui réside en France métropolitaine et qui adhère au Contrat groupe pour son compte et/ou le compte d'autrui. Il est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au Contrat groupe.

ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET/OU PSYCHIQUE (AIPP)

Réduction définitive (après Consolidation), médicalement constatable, du potentiel physique, psychosensoriel et/ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, à laquelle s'ajoutent les souffrances physiques et/ou psychiques permanentes, la perte de qualité de vie et des troubles dans les conditions d'existence au quotidien (personnelles, familiales et sociales).

ASSURÉ(S)

La/Les personne(s) physique(s) couverte(s) par les garanties du Contrat groupe, tel qu'énoncé dans l'Article 2 « Conditions d'adhésion ».

BARÈME DROIT COMMUN

Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité, publié par « Le Concours Médical », dans sa parution la plus récente à la date de l'évaluation du taux d'incapacité, pour établir le taux d'invalidité fonctionnelle dont est atteinte la victime d'un accident, indépendamment de toute répercussion professionnelle.

BÉNÉFICIAIRE

En cas de déficit fonctionnel permanent d'un assuré : l'assuré victime de l'accident lui-même.

En cas de décès d'un assuré (consécutif à un accident garanti par le Contrat groupe) : les membres de la famille couverts par le même contrat et qui justifient avoir subi un préjudice direct du fait du décès, à l'exception des personnes ayant causé volontairement à l'assuré les dommages dont résulte le décès.

CONSOLIDATION

La consolidation est la date à partir de laquelle l'état de santé d'un Assuré est reconnu, compte tenu des connaissances médicales et scientifiques, comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.

DÉFICIT FONCTIONNEL PERMANENT

Préjudice découlant de l'Atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique permanente médicalement constatée, dans ses

incidences non économiques, touchant exclusivement à la sphère personnelle de la victime.

DOMMAGES CORPORELS

Toute atteinte physique subie par une personne.

INCAPACITÉ PERMANENTE

Perte définitive de la capacité de travail ou d'exercer une activité. Elle peut être partielle ou totale. Elle s'exprime en pourcentage.

MALADIE

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

PROCHES EN CAS DE DÉCÈS

Pour les postes de préjudices indemnisables en cas de décès de l'Assuré, sont considérés comme proches, dans l'ordre de priorité défini ci-après :

- 1) son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec lui, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- 2) ses enfants et ceux de son conjoint ;
- 3) ses parents ;
- 4) ses petits-enfants ;
- 5) ses frères et sœurs.

SOUSCRIPTEUR

Personne morale signataire du Contrat groupe au profit de tout ou partie de ses membres.

Le Souscripteur du présent Contrat groupe est l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST).

TAUX D'ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET/OU PSYCHIQUE (TAUX D'AIPP)

Taux d'AIPP déclenchant la garantie de certains préjudices.

VÉHICULE TERRESTRE À MOTEUR

Tout véhicule automoteur destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique sans être lié à une voie ferrée et dont la conduite est réglementairement soumise à une obligation d'assurance au titre des dommages causés aux tiers.

Est assimilée à un véhicule terrestre à moteur toute remorque même non attelée.

ARTICLE 1 - OBJET DE L'ADHÉSION

Le présent Contrat groupe a pour objet d'indemniser les personnes victimes de Dommages corporels suite à un accident couvert par le Contrat groupe et entraînant une AIPP ou de verser une indemnité à ses Proches en cas de décès faisant suite à un accident également couvert par le Contrat groupe.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission au Contrat groupe en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- Être adhérentes à l'Association GPST ;
- Être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et jusqu'à 75 inclus ;
- Être résidentes, fiscalement et de façon permanente, en France métropolitaine.

Selon la formule indiquée sur la demande d'adhésion, les personnes assurées sont :

« Solo »

l'Adhérent, qu'il soit célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps ou de fait ;

« Duo »

l'Adhérent et son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec lui, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;

« Famille »

l'Adhérent, son conjoint non séparé de corps ou de fait, ou la personne vivant maritalement avec lui, ou son partenaire dans le cadre du Pacte Civil de Solidarité (PACS), et, **s'ils sont fiscalement à charge**, les enfants de l'Adhérent, ceux de son conjoint, ceux de la personne vivant maritalement avec lui.

Ces derniers peuvent être :

- des enfants mineurs qui habitent ou non le foyer de l'Adhérent ;
- des enfants majeurs célibataires, âgés de 18 à 28 ans inclus, qui habitent ou non le foyer de l'Adhérent, sous condition qu'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures y compris dans des filières d'apprentissage, ou en contrat en alternance ou par correspondance ;
- sans limite d'âge, des enfants handicapés physiques ou mentaux titulaires d'une carte d'invalidité et fiscalement à la charge de l'Adhérent ou à celle de son conjoint.

En cas d'adhésion à la formule « Duo » ou « Famille », l'Adhérent est l'adulte le plus âgé.

Spécificités :

La demande d'adhésion peut se faire jusqu'à la veille du 76ème anniversaire et les garanties restent acquises jusqu'à l'Échéance anniversaire qui suit le 80ème anniversaire de la dernière personne assurée.

ARTICLE 3 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur à l'assurance, après avoir reçu sur support durable et pris connaissance de la notice d'information, du document d'information normalisé sur le produit d'assurance (IPID) et des statuts de l'Association GPST, remplit avec soin une demande d'adhésion au sein de laquelle il choisit sa formule. Si la demande d'adhésion est validée par le Gestionnaire, le demandeur à l'assurance reçoit son Certificat d'adhésion et devient Adhérent.

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

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

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

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

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

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque Échéance anniversaire, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5 « Résiliation de l'adhésion ».



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQC1069A_NI_07/2023

ARTICLE 5 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

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

Formes de la résiliation

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



Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr,

rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »



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

Néoliane Santé

143 Boulevard René Cassin

Immeuble Nouvel'R - Bat C

CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

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

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

Conséquences de la résiliation

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

Résiliation par l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

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

Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier son adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation (L.141-3 du code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet quarante (40) jours

après envoi de la lettre de mise en demeure.

- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent constatée avant un sinistre, sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation et entraîne 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, inexacts ou réticentes au moment du sinistre. La résiliation prend effet trente (30) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.
- En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou de la reconduction de l'adhésion, il n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée. Dans le premier cas, la résiliation prend effet dix (10) jours après sa notification. Dans le second cas, si l'Adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou en cas de désaccord, dans le délai de trente (30) jours à compter de la proposition, l'Assureur peut résilier l'adhésion.

Résiliation par l'Adhérent ou par l'Assureur

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

Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'Adhérent. En présence d'autres Assurés au titre de l'adhésion, les garanties sont maintenues pour l'ensemble de la famille si un conjoint est assuré en qualité d'Assuré. S'il n'y a pas de conjoint, l'adhésion est résiliée en date du décès et une nouvelle adhésion est proposée aux Assurés du Contrat groupe (s'ils respectent les conditions d'adhésion), qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation du précédent contrat ;
- si tous les Assurés ont atteint la limite d'âge de garantie (80 ans), la résiliation intervient à l'Échéance anniversaire qui suit le 80ème anniversaire de la dernière personne assurée.
- si l'Adhérent ne remplit plus les conditions requises pour la qualité d'Adhérent (ex. : ne réside plus en France métropolitaine). La résiliation prendra effet un (1) mois après notification du changement.
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur. La résiliation intervient le 40ème jour à midi après la publication du Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société.

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

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

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

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

ARTICLE 6 - DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'Adhérent et sont opposables à l'ensemble des Assurés.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'Adhérent doit fournir des réponses exactes.

À l'adhésion

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

En cours de contrat

L'Adhérent doit déclarer tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- un changement d'état civil ;
- un changement de domicile ou un départ hors de la France métropolitaine ;
- un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites :



Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr,

rubrique "Modifier mon contrat, et/ou mes informations"



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé

143 Boulevard René Cassin

Immeuble Nouvel'R - Bat C

CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Ces événements 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, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, constatée

avant sinistre, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité.

En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de dix (10) jours en restituant à l'Adhérent le prorata de prime ou maintenir l'adhésion en augmentant la prime à due proportion.

Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Adhérent.

Si, en cours d'adhésion, un Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument versée peut-être réclamée à l'Adhérent. L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'article 5 de la présente Notice d'information. La résiliation prend effet trente (30) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Pour chaque Assuré, la période de garantie débute au plus tôt lors de la prise d'effet de l'adhésion et au plus tard lors de l'acquisition de la qualité de personne assurée.

Elle prend fin par l'intervention du premier des éléments suivants :

- soit par la perte de la qualité de personne assurée prévue dans l'Article 2 « Conditions d'adhésion » ci-dessus ;
- soit par la résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5 « Résiliation de l'adhésion ».

ARTICLE 8 - ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France métropolitaine en cas d'accident ou de décès survenu :

- en France métropolitaine, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- dans les territoires des États membres de l'Union Européenne ;
- en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Saint-Marin, au Vatican ou en Norvège ; dans le reste du monde pour les voyages et les séjours n'excédant pas une durée continue de trois (3) mois en dehors de l'Iran, la Syrie, la Corée du Nord, la Crimée, le Venezuela, la Biélorussie, la Russie, les territoires de Donetsk, Lougansk, Zaporijia et Kherson, l'Afghanistan, la Birmanie (Myanmar) et Cuba.

ARTICLE 9 - GARANTIES ET MONTANTS DES PRESTATIONS

9.1. Les événements garantis

Sous réserve que l'accident (fait générateur) ayant provoqué des Dommages corporels se soit produit pendant la période de garantie de l'Assuré ou pour un accident médical survenu après le 1er janvier 2000 et que les dommages se manifestent pour la première fois pendant la période de garantie de l'Assuré, le présent Contrat groupe couvre les accidents corporels mentionnés ci-après.

Est considéré comme accident toute action, réaction ou résistance d'un élément extérieur à l'Assuré et résultant d'un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire. Est également considéré comme accidentel tout dommage résultant d'un accident.



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQC1069A_NI_07/2023

Ne sont pas considérés comme accidentels les dommages causés intentionnellement par l'Assuré ou résultant de son état de santé antérieur.

Est considéré comme Damage corporel toute atteinte de l'Assuré qui entraîne son décès ou son incapacité.

Sont également considérés comme des Dommages corporels les dommages résultant de :

- l'électrocution, l'hydrocution, la noyade ;
- les gelures, les insolation, ou l'asphyxie survenant par suite d'un élément extérieur ;
- l'empoisonnement, l'intoxication due à l'absorption par erreur de substances vénééneuses ou corrosives ou d'aliments avariés.

Les lésions internes, telles que hernies, accidents cardio-vasculaires, sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à la condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à l'Assuré.

9.1.1. Les accidents de la vie privée

Il s'agit des accidents survenus à l'occasion de toutes activités exercées à titre privée et plus précisément d'activités domestiques, touristiques, scolaires, de loisirs ou sportives exercées dans ce cadre.

Sont également garantis :

- les accidents de la circulation dont vous pourriez être victime en tant que piéton ou en qualité de conducteur d'une bicyclette, d'un fauteuil roulant ou d'une tondeuse autoportée ;
- les accidents survenus pendant toute la durée des études ou des stages non rémunérés que les enfants assurés effectuent à l'étranger ;
- les accidents survenus lors de la pratique d'un sport en qualité d'amateur non rémunéré, à titre personnel ou dans un club (avec ou sans délivrance d'une licence sportive), de façon régulière ou occasionnelle.

Ces événements sont garantis sous réserve des exclusions prévues à l'Article 10 « Exclusions ».

9.1.2. Les accidents subis lors d'événements exceptionnels

Sont garanties les conséquences des Dommages corporels faisant suite à des catastrophes naturelles et technologiques, des émeutes et des mouvements populaires.

9.1.3. Les accidents dus à des attentats, actes de terrorisme, infractions et agressions

Sont garanties les conséquences des Dommages corporels subies par l'Assuré suite à un attentat, acte de terrorisme, une infraction ou une agression (tels que définis réglementairement) dès lors que l'Assuré victime n'a pas pris part intentionnellement à ceux-ci.

9.1.4. Les accidents médicaux

Aux termes du présent Contrat groupe, sont considérées comme accident médical les conséquences anormales,

dommageables pour la santé de l'Assuré, indépendantes de son état antérieur et de l'évolution de l'affection en cause, d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration ou de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux ou par des praticiens autorisés à exercer par la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque cet acte est assimilable à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Les infections nosocomiales, définies comme celles apparaissant au cours ou à la suite d'une hospitalisation et qui étaient absentes lors de l'admission dans l'établissement de soins, sont également considérées comme des accidents médicaux.

Le Contrat groupe couvre les dommages dont la première manifestation est intervenue entre le jour de prise d'effet de l'adhésion et sa résiliation, pour tout accident médical dont le fait générateur est postérieur au 1er janvier 2000. Dans tous les cas, la première manifestation des dommages doit avoir été inconnue de l'Assuré ou du Bénéficiaire avant la souscription de l'adhésion et la prise d'effet de la garantie.

9.2. Les préjudices indemnisés

9.2.1. Le principe d'indemnisation

La garantie revêt un caractère indemnitaire conforme aux règles du droit commun français.

Elle vise à réparer les postes préjudices énumérés au paragraphe 9.2.2 « Les postes de préjudices indemnisables » ci-après.

9.2.2 Les postes de préjudices indemnisables

Les seuls postes de préjudices décrits ci-après sont indemnisables dans la limite des plafonds de garanties prévus au paragraphe « 9.3. Les limites de garanties » de l'Article 9. Ils sont évalués sur la base du Barème Droit Commun.

1. En cas d'événement garanti entraînant un Taux d'AIPP supérieur ou égal à celui mentionné sur le Certificat d'adhésion, les préjudices suivants, médicalement justifiés, sont indemnisés :

• Les préjudices économiques permanents

Ils sont évalués selon les règles du droit commun et déterminés après Consolidation des blessures :

- **Pertes de gains professionnels futurs**, correspondant à la perte ou la diminution des revenus de l'Assuré, consécutive à son Incapacité permanente partielle ou totale de travailler et résultant soit de la perte de l'emploi antérieurement exercé, soit de l'obligation d'exercer un emploi à temps partiel, sans tenir compte des frais de reclassement professionnel, de formation ou de changement de poste.

Est également considérée comme perte de gains professionnels futurs la perte de chance des jeunes victimes assurées ne percevant pas à la date du dommage de gains professionnels.

- **Frais d'assistance permanente par une tierce**

personne, correspondant aux frais engagés ou à engager par l'Assuré afin de bénéficier de l'assistance d'une tierce personne du fait d'une Atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP) permanente entraînant une perte de son autonomie et la mettant dans l'obligation de faire appel à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie privée.

- **Frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule**, correspondant aux frais engagés par l'Assuré afin d'aménager son domicile et/ou son véhicule du fait d'une AIPP permanente nécessitant de tels aménagements.

• Les préjudices non économiques

Temporaires, subis avant Consolidation des blessures :

- **Souffrances endurées**, consistant dans les douleurs physiques, psychiques ou morales subies du fait de l'accident et jusqu'à la date de Consolidation des blessures.

Permanents, subis après Consolidation des blessures :

- **Le Déficit fonctionnel permanent**, correspondant au préjudice découlant de l'Atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP) permanente médicalement constatée, dans ses incidences non économiques, touchant exclusivement à la sphère personnelle de la victime.

- **Préjudice esthétique**, correspondant aux disgrâces physiques consécutives à un accident et subsistant définitivement après la Consolidation des lésions.

- **Préjudice d'agrément**, correspondant à l'impossibilité ou à la difficulté définitive pour l'Assuré de poursuivre de manière aussi régulière et soutenue qu'avant l'accident, les activités sportives, artistiques, culturelles ou de loisirs pratiquées antérieurement.

2. En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'Assuré :

En cas de décès de l'Assuré directement imputable à un événement garanti, et survenant immédiatement après l'accident garanti ou dans le délai d'un an après celui-ci, le Gestionnaire verse au(x) Bénéficiaire(s) une indemnité, au titre des postes de préjudices suivants :

- de la **perte de revenus des Proches**, correspondant à la perte ou la diminution de revenus exclusivement liée au décès de l'Assuré ;
- des **frais d'obsèques** et de sépulture assumés par les Proches de la victime à la suite de son décès et qui ont fait l'objet d'une facture ;
- les **frais divers des Proches**, correspondant aux frais de transports, d'hébergement et de restauration engagés par les Proches du fait du décès de l'Assuré ;
- du **préjudice d'affection**, correspondant aux souffrances affectives ressenties par le ou les Bénéficiaires en raison du décès de l'Assuré.

9.3. Les limites de garanties

Les indemnités accordées au titre des différents postes de préjudices indemnisables sont calculées selon le principe indemnitaire dans les limites exposées au présent paragraphe.

En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'Assuré ou une AIPP permanente de l'Assuré supérieure ou égale au seuil mentionné sur le Certificat d'adhésion :

- pour un même événement, le cumul des indemnités versées ne peut excéder, tous postes de préjudices confondus, 1 million d'euros par Assuré victime (hors bonus de fidélité). Dès la deuxième année d'adhésion, les Assurés victimes peuvent bénéficier d'un bonus fidélité de 50 000€ par an dans la limite de 1,2 million d'euros quelle que soit la durée du Contrat groupe ;
- les frais d'aménagement du domicile et du véhicule

médicalement nécessaires sont pris en charge à concurrence d'un plafond de 100 000 euros, par Assuré victime et par événement ;

- les frais d'obsèques et de sépulture sont remboursés aux Proches à concurrence d'un plafond de 5 000 euros, par Assuré décédé ;
- les frais divers des Proches sont remboursés à hauteur de 500 euros maximum par Assuré décédé.

ARTICLE 10 - EXCLUSIONS

Sont exclus du bénéfice des garanties, les Bénéficiaires qui ont intentionnellement provoqué l'événement garanti ou participé volontairement à la réalisation de celui-ci.

Dans tous les cas, est exclue la perte de revenus liées aux conséquences indirectes du décès sur les Bénéficiaires.

Sont exclus les dommages corporels :

- intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou avec sa complicité ;
- consécutifs à un pari entraînant une prise de risque inconsidérée de la part de l'Assuré ;
- résultant de la participation volontaire de l'Assuré à un crime, un délit, à un acte de vandalisme, à une agression, émeute, attentat, acte de terrorisme, à des mouvements populaires ou à une rixe ne relevant pas d'un cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- subis à l'occasion d'activités professionnelles, d'activités rémunérées ou dans l'exercice de fonctions publiques, électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la Sécurité sociale ;
- résultant de la pratique rémunérée de sports ou de la pratique de sports à titre professionnel ;
- causés par une maladie, ses suites et ses conséquences, n'ayant pas pour origine un accident garanti ;
- survenant alors que l'Assuré est sous l'emprise de stupéfiants non prescrits médicalement, de médicaments de nature à modifier son comportement, ou d'un état alcoolique correspondant à une infraction relevant du Code de la route en vigueur en France, sauf s'il est établi que l'accident est sans rapport avec cet état ;
- résultant de la conduite par l'Assuré d'un véhicule terrestre à moteur autre qu'un fauteuil roulant électrique ou une tondeuse autoportée ;
- subis par l'Assuré alors qu'il était passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues ;
- résultant d'expérimentations biomédicales ;
- occasionnés par une guerre civile ou étrangère ;
- dus aux effets directs ou indirects d'une explosion, d'un dégagement de chaleur, d'une irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ou de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

ARTICLE 11 - MODIFICATIONS DES GARANTIES

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de son niveau de garanties, à la hausse ou

**NOTICE D'INFORMATION**

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQC1069A_NI_07/2023

à la baisse. Il peut le faire selon les modalités suivantes :


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


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

À l'échéance principale :

L'Adhérent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, par écrit et au plus tard (2) deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance de l'adhésion.

Hors échéance principale :

À compter de la deuxième année, l'Adhérent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, par écrit, à tout moment dans la limite d'une fois tous les douze (12) mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande.

En tout état de cause, la modification du niveau de garantie s'applique à ses éventuels Ayants droit.

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

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

Tout sinistre mobilisant la garantie et ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, est indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre.

ARTICLE 12 - COTISATIONS**Montant de la cotisation**

La cotisation mensuelle est fixée au Certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle dépend de la formule et du Taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP) choisis par l'Adhérent, ainsi que de son âge à l'adhésion. L'âge retenu pour le calcul de la cotisation est déterminé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de l'Adhérent. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

Variation de la cotisation

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale.

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

Révision de la cotisation

L'Assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'Adhérent par écrit au moins deux (2) mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai.

L'Adhérent pourra être informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé. Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier son adhésion dans les trente (30) jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

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

Paiement de la cotisation

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

Le prélèvement automatique est obligatoire quelle que soit la périodicité choisie et s'effectue au plus tard le 5 ou 10 du mois de la quittance éligible au titre des garanties du mois en cours. Ce prélèvement est effectué par le Gestionnaire, sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement situé dans un Etat de l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent. En cas de rejet de prélèvement, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'Adhérent.

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


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


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

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

Défaut de paiement

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.

ARTICLE 13 - EN CAS DE SINISTRE

13.1. Les obligations de l'Assuré

13.1.1. Que faire en cas de sinistre ?

L'Assuré doit :

- **informer le Gestionnaire** de la survenance de l'événement assuré (sinistre) **dans les cinq (5) jours ouvrés** à partir du moment où il en a eu connaissance. Par dérogation, en cas de décès, le ou les Bénéficiaire(s) doi(ven)t déclarer au Gestionnaire dans les trente (30) jours ouvrés à compter de la date à laquelle il(s) en a (ont) eu connaissance.
Si ces délais ne sont pas respectés, sauf cas fortuit ou de force majeure, la garantie ne sera pas acquise, dès lors que le Gestionnaire justifie que ce retard lui a causé un préjudice.
- **déclarer au Gestionnaire, dans les 10 (dix) jours qui suivent la déclaration de son sinistre, toutes autres assurances** à caractère indemnitaire, dont l'Assuré bénéficie par ailleurs, qui peuvent permettre la réparation de tout ou partie des préjudices garantis par le présent Contrat.
- **transmettre au Gestionnaire** dès réception tous les avis, correspondances ou acte judiciaires se rapportant au sinistre.

Ces déclarations sont à adresser :


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


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

13.1.2. Quels renseignements faire parvenir au Gestionnaire ?

Dans sa déclaration de sinistre, l'Assuré doit préciser :

- le lieu, les causes et circonstances de l'accident ;
 - les conséquences connues ou supposées ;
 - les noms et adresses des témoins, s'il y a lieu ;
- et fournir au Gestionnaire dès qu'il en dispose :
- tous les documents nécessaires à l'évaluation des dommages et au calcul des indemnités qui pourraient être amenés à lui être versées, tels que les certificats médicaux dont il dispose déjà ou qui lui seraient fournis par la suite ;
 - en cas de décès : l'acte de décès, une fiche familiale d'état-civil, un certificat médical précisant la cause du décès et, si besoin l'origine de cette cause, une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il en a été établi un.

Sous peine de réduction du droit à indemnité

proportionné au préjudice que ce manquement aurait causé, l'Assuré devra fournir au Gestionnaire tous les documents et se soumettre à toute expertise qui sera sollicitée.

L'Assuré ou le Bénéficiaire d'une indemnité qui emploie ou produit intentionnellement des moyens, documents, ou déclarations inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garanties pour le sinistre en cause.

13.2. Procédure d'évaluation des postes de préjudices indemnisables

13.2.1. Expertise médicale et contrôle

L'appréciation des préjudices subis par l'Assuré sera effectuée, aux frais de l'Assureur par un médecin que ce dernier aura choisi, chaque fois que cela est nécessaire afin d'évaluer le préjudice. Ce médecin doit avoir libre accès auprès de l'Assuré et peut lui demander tout renseignement ou document qu'il juge utile. Dans le cas où l'Assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Sauf opposition justifiée, l'Assuré ne saurait se prévaloir du secret médical pour refuser de répondre aux demandes du médecin.

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

L'Assuré doit toujours indiquer à l'Assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En cas d'accident survenu hors de la France métropolitaine, l'Assuré est tenu de faire éllection de domicile en France métropolitaine pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

L'organisation et le résultat de l'expertise ci-dessus ne préjugent pas de l'application de la garantie ni du droit à indemnisation.

De convention expresse, l'Assuré reconnaît à l'Assureur le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de la présente procédure d'expertise.

En cas de refus de l'Assuré de participer aux opérations d'expertise, l'Assureur peut s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

13.2.2. Le déroulement de l'expertise médicale En cas d'Incapacité permanente directement imputable à un événement garanti :

- le taux d'AIPP subsistant après la Consolidation des blessures est évalué par un médecin expert suivant la procédure exposée ci-avant. Outre une éventuelle vérification de la cause de l'accident et de son caractère accidentel avec les dommages constatés, le médecin expert apprécie que l'Assuré ait, du fait de l'accident garanti, besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie privée. Il en fixe la durée et la nature.
- le médecin expert qualifie et quantifie les souffrances endurées (pretium doloris) jusqu'à la date de Consolidation des blessures et l'éventuel préjudice esthétique. Il donne un avis médical sur la répercussion des séquelles dans l'exercice des activités sportives ou de loisirs effectivement pratiquées antérieurement à l'accident.

Lors de l'expertise médicale, l'Assuré peut se faire assister par un médecin de son choix dont les frais et honoraires resteront à sa charge exclusive.

13.2.3. En cas de désaccord

En cas de désaccord sur les conclusions du médecin



néoliane



Protection GAV

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQC1069A_NI_07/2023

expert désigné par l'Assureur, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire. L'Assuré et l'Assureur choisissent un médecin expert devant régler le différend.

À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut de nomination d'un expert par l'un d'entre eux dans les 15 jours de la mise en demeure par l'autre partie, ou à défaut d'accord entre les médecins experts sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Assuré.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou de l'une d'entre elles, l'autre partie étant alors convoquée par lettre recommandée.

Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de l'expert qu'il a désigné. Les honoraires du tiers expert sont supportés à parts égales par les deux parties. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de la prononciation de la sentence arbitrale.

13.2.4. La détermination des indemnités

Dans tous les cas, les indemnités sont évaluées en fonction du taux déterminé par expertise et par référence au Droit Commun, qui s'entend des règles applicables en France métropolitaine pour l'évaluation des préjudices corporels selon le principe indemnitaire (et non forfaitaire) qui prend en compte la situation personnelle de l'Assuré et/ou du Bénéficiaire (sexe, âge, activité professionnelle, revenus, situation familiale, personnes à charge...) et se réfère aux indemnités habituellement allouées aux victimes par les tribunaux français.

Dans tous les cas, elles sont évaluées dans la limite des plafonds de garantie prévus dans le paragraphe « 9.3. Les limites de garanties » de l'Article 9.

En cas d'aggravation de l'état séquellaire de l'Assuré victime directement imputable à un événement garanti, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, il aura le droit à une nouvelle indemnisation à minima lorsqu'une différence de Taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP) est constatée.

L'indemnisation doit prendre en compte le différentiel du dommage évalué sur la base de la valeur obtenue après aggravation.

Deux cas sont possibles :

- soit le Taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP) était inférieur au seuil de déclenchement de la garantie, mais suite à l'aggravation le Taux d'AIPP dépasse ce seuil, alors la victime doit être indemnisée pour la globalité de son préjudice et non pas le seul différentiel.

Il est rappelé qu'y compris en cas d'aggravation, le cumul des indemnisations successives ne pourra en aucun cas dépasser le plafond de garantie prévu dans le paragraphe « 9.3. Les limites de garanties » de l'Article 9 au jour de l'accident.

- soit l'Assuré a été indemnisé une première fois car son Taux d'AIPP dépassait le seuil de déclenchement ; il doit alors recevoir un complément égal au différentiel multiplié par le coût du point d'Atteinte à l'intégrité physique et/psychique (AIPP) final (calcul droit commun).

Y compris en cas d'aggravation, le cumul des indemnisations successives ne peut pas dépasser le plafond de garanties prévu dans le paragraphe « 9.3. Les limites de garanties » de l'Article 9 au jour de l'accident.

1. En cas de décès de l'Assuré

Les éventuelles pertes de revenus des Proches et les préjudices d'affection subis par le(s) Bénéficiaire(s) sont évalués conformément au présent article.

Les frais d'obsèques et de sépulture réellement déboursés par les Proches pour les obsèques de l'Assuré décédé sont évalués, sur présentation des factures acquittées.

Si le décès de l'Assuré ouvrant droit au paiement d'indemnités survient après paiement de tout ou partie d'une indemnité au titre d'AIPP permanente subie par l'Assuré avant son décès et relevant du même fait générateur, les indemnités dues au titre de la garantie décès seront versées déduction faite des sommes déjà réglées au titre des préjudices subis. Si ces indemnités sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises aux Bénéficiaires.

2. Non-cumul des prestations

L'Assuré est toujours indemnisé déduction faite des prestations versées par les organismes sociaux ou de tout tiers payeur au titre des postes de préjudices pris en charge par le présent Contrat groupe.

L'indemnisation ayant un caractère indemnitaire, elle ne se cumule pas avec les autres prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'Assuré ou les Bénéficiaires au titre des mêmes chefs de préjudices, d'un tiers responsable et/ou de son assureur, de tout tiers payeur ou d'un fonds de garantie et notamment de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), du Fonds de garantie des victimes d'acte de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) ou du Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages, ou de tout autre organisme.

L'Assuré s'engage à porter à la connaissance du Gestionnaire ces prestations dès qu'elles sont notifiées par leur débiteur et qu'il les accepte. Elles viennent en déduction de l'indemnité due et un complément est versé s'il y a lieu.

Si l'indemnité due au titre du présent Contrat groupe a déjà été réglée et que celle-ci compensait intégralement le préjudice de l'Assuré, les dispositions de l'Article 14 « Subrogation » s'appliqueront.

13.3. Quand et comment est payée l'indemnité ? Offre d'indemnisation

Lorsque la garantie est acquise, et sous réserve que la victime ou les Bénéficiaires aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir dans ce délai, le Gestionnaire adresse une offre définitive d'indemnisation dans un délai de 3 (trois) mois suivant la date à laquelle il

a été informé de la Consolidation ou du décès de l'Assuré. Dans le cas où la Consolidation n'est pas intervenue dans un délai de huit (8) mois suivant la déclaration de l'accident, et si le médecin expert estime que le Taux d'AIPP permanente directement imputable à l'accident garanti sera au moins égale au seuil d'AIPP permanente mentionné sur le certificat d'adhésion, une offre provisionnelle sera faite à l'Assuré dans le mois suivant la réception par le Gestionnaire du rapport de l'expertise médicale.

Païement de l'indemnité

Le paiement des sommes convenues sera effectué dans un délai d'un (1) mois à partir de la réception de l'acceptation de l'offre par l'Assuré.

L'indemnité est versée sous forme de capital à l'Assuré victime ou, s'il s'agit d'un enfant mineur, à ses représentants légaux sur un compte bloqué au nom de l'enfant.

Si l'Assuré a déclaré bénéficiaire d'autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire susceptibles de permettre réparation de tout ou partie des postes de préjudices garantis par le présent Contrat groupe, les dispositions de l'Article 21 « Pluralité des assurances » s'appliqueront.

ARTICLE 14 - SUBROGATION

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

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Conformément au Code des assurances :

Article L114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré. »

Article L114-2

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

de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114-3

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 16 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

Examen des réclamations

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



Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr,

rubrique « Effectuer une réclamation »

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQC1069A_NI_07/2023



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

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

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

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

Médiation

Si un litige persiste entre l'Assureur et l'Adhérent après examen de la demande par le service réclamations ou en l'absence de réponse, l'Adhérent peut saisir le Médiateur de France Assureurs :



Par courrier à l'adresse suivante :

M. le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441
PARIS Cedex 09.



Soit en déposant une demande en ligne à l'adresse :

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

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'à l'issue d'un délai de deux (2) mois après l'envoi de votre première réclamation écrite.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

ARTICLE 17 - 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 : 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_03PBRV - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé 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 données traitées ont pour finalité de satisfaire à la demande de l'Adhérent et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat, y compris des mesures de prévention en lien avec ce contrat.

À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice de recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale, sous réserve du consentement de l'Adhérent ou de son droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

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

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

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

Informations complémentaires dans le cadre du traitement des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et non collectées auprès de lui
Catégorie de données susceptibles d'être transmises à l'Assureur :

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

Source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, d'autres organismes d'assurance et de toute autorité administrative.

Les données utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent également être obtenues dans le cadre d'opérations de parrainage ou de la part d'organismes autorisés.

Destinataires ou catégories de destinataires des données à caractère personnel

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

mune 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.

Exercice des droits

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

- **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



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°EQC1069A_NI_07/2023

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 Délégué :



Sur l'espace adhérent :

www.monneoliane.fr

rubrique « Exercer des droits personnels »



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé

143 Boulevard René Cassin

Immeuble Nouvel'R - Bat C

CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Pour l'Assureur :

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande :



Adresse électronique :

droitdaces@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

ARTICLE 18 - 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'Organisation des nations unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, le Royaume-Uni et les Etats-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

ARTICLE 19 - DROIT DE RENONCIATION

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

Si le contrat est vendu à distance

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

La demande de renonciation doit être adressée par écrit :

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

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

Modèle de lettre de renonciation
en cas de Vente à Distance

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

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

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

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

Si le Contrat est vendu par démarchage :

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

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

La demande de renonciation doit être adressée :

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

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

Modèle de lettre de renonciation en cas de
démarchage

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :
Madame, Monsieur, ,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du
Code des assurances, j'entends par la présente renoncer
au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit
en date du _____.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression
de mes salutations distinguées.
Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

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

ARTICLE 20 - PLURALITÉ DES ASSURANCES

Lorsque plusieurs assurances pour un même intérêt, contre
un même risque, sont contractées sans fraude, chacune
d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du
contrat quelle que soit la date à laquelle elle a été souscrite,
sans que l'indemnité ainsi due ne puisse excéder le préjudice
subi. Dans ces limites, et comme prévu au paragraphe
« 13.2.4. La détermination des indemnités > 2. Non-cumul
des prestations », de l'Article 13, l'Adhérent peut s'adresser
à l'Assureur de son choix. Quand elles sont contractées de
manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à
l'article L121-3 du Code des assurances (nullité du contrat
et dommages intérêts) sont applicables.
dans les conditions ci-dessus évoquées. Ce remboursement
intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la
réception par l'Assureur de la notification de la renonciation.

ARTICLE 21 - 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

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0071

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



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° **FIC25SAN0071**.

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_01 LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

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

Où s'appliquent les garanties ?

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° FIC25SAN0071 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 Néoliane Protection GAV distribué par NÉOLIANE SANTÉ ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0071.

1 – DÉFINITIONS

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

Accident corporel : Blessure non intentionnelle et

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

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

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

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

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

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

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

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0071.

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

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

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

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

Évènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE. L'Évènement 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 Établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident corporel.

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

Immobilisation imprévue : Immobilisation dont le Bénéficiaire n'a connaissance que dans les sept (7) jours qui la précèdent. L'immobilisation imprévue se traduit par une incapacité temporaire à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son Domicile, nécessitant un repos à Domicile, constatée comme telle par une autorité médicale compétente et consécutive à un Accident corporel.

Incapacité : L'incapacité reconnue par le médecin conseil choisi par l'Assureur.

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

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

Zone de résidence :

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

2 – MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS

2.1 - Délivrance des prestations

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

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie **dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires** qui suivent l'Évènement pour l'ensemble des garanties décrites ci-dessous, à l'exception de la garantie « Aide à domicile » pour laquelle le Bénéficiaire doit appeler FILASSISTANCE **dans un délai maximum de sept (7) jours à compter de l'Évènement**.

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'Évènement 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

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0071

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



Bénéficiaire de l'accord préalable de FILASSISTANCE.

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

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

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

2.3 - Conditions d'ordre médical

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

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

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

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

2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

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

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

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

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

Les prestations d'information juridique dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants

habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

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

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

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

2.5 - Conditions de prise en charge des Titres de transport

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

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

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

3 — TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : l'Adhérent ou son Conjoint ;
- par Évènement : l'Accident corporel à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

(Les prestations ci-dessous doivent être mises en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement, à l'exception de la prestation aide à domicile qui doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)

Aide à domicile	30 heures maximum par Évènement réparties sur une période de 30 jours maximum
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Livraison de médicaments	1 livraison maximum par Évènement
Portage de repas	Livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas par Évènement (à l'exclusion du petit-déjeuner)
Livraison de courses	1 livraison maximum par semaine sur 4 semaines maximum
Coiffeur à Domicile	1 déplacement maximum par Évènement
Garde des Animaux domestiques	30 interventions maximum réparties sur une période maximale de 30 jours par Évènement
École à Domicile (aide aux devoirs)	2 heures maximum par semaine et par enfant (La garantie est mise en œuvre pendant la période d'Hospitalisation ou d'Immobilisation uniquement)

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

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : l'Adhérent ou son Conjoint ;
- par Évènement : l'Accident corporel à l'origine de l'Hospitalisation.

Fermeture du domicile quitté en urgence	2 heures maximum par Évènement (Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement)
Transport chez un proche	1 Titre de transport par Évènement dans la limite de 200€ maximum (Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 5 jours suivant la date de fin d'Hospitalisation)
Ecole au domicile d'un proche	3 heures maximum par jour pour l'ensemble des enfants (Cette garantie s'applique pendant la durée de l'Hospitalisation dans la limite de 4 semaines)

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

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : l'Adhérent ou son Conjoint ;
- par Évènement : l'Accident corporel à l'origine de l'Immobilisation.

Transport aux rendez-vous médicaux (taxi ou véhicule sanitaire léger)	1 Titre de transport par Évènement dans un rayon de 50 km autour du Domicile (Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours suivant la date de début de l'Immobilisation)
Transport sur le lieu de travail (hors arrêt de travail)	10 trajets maximum par Évènement (domicile-travail ou travail-domicile) dans un rayon de 30km autour du Domicile (Valable 1 fois sur une période maximale de 12 mois)

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 24 HEURES OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint et leur(s) enfant(s) ;
- par Évènement : l'Accident corporel à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge	(Cette prestation doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)
• Garde au Domicile	30 heures maximum par Évènement réparties sur une période maximale de 10 jours
• <u>OU</u> Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 Titre de transport par enfant et par accompagnant par Évènement
• <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile	1 Titre de transport par Évènement

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0071

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 24 HEURES OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : l'Adhérent ou son Conjoint ;
- par Évènement : l'Accident corporel à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

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

1 Titre de transport par jour et par enfant par Évènement sur 5 jours maximum
(Les 5 jours doivent être répartis sur 4 semaines consécutives)
(Cette prestation doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)

Conduite aux activités extrascolaires

1 Titre de transport par semaine et par enfant
pendant 4 semaines maximum

Garde des ascendants

(Cette prestation doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)

- Garde à Domicile
- OU Transfert accompagné des ascendants chez un proche
- OU Venue d'un proche

30 heures maximum par Évènement réparties sur 30 jours maximum

1 Titre de transport par ascendant et pour l'accompagnant par Évènement

1 Titre de transport par Évènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 14 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint,
- par Évènement : l'Accident corporel à l'origine de l'Immobilisation.

Ecole à domicile à compter du 1er jour d'absence

3 heures maximum par jour

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITE D'UN BÉNÉFICIAIRE PAR NÉOLIANE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : l'Adhérent ou son Conjoint ;
- par Évènement : la reconnaissance de l'Incapacité par Néoliane.

Accompagnement budgétaire et social

1 bilan
(Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'Évènement)

Bilan situationnel par un ergothérapeute

1 bilan par Évènement et par année civile
(Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'Évènement)

Mise en relation avec les professionnels du déménagement

Mise en relation sans prise en charge

Nettoyage du Domicile

Prise en charge des frais d'installation + 3 mois d'abonnement

Aide au retour à l'emploi

- Module 1
- Module 2
- Module 3

4 entretiens en face à face sur 90 jours

3 entretiens individuels

3 entretiens sur 3 mois

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : l'Adhérent ou son Conjoint ;
- par Évènement : le décès.

Rapatriement de corps (En cas de décès à plus de 50 km du Domicile)	Frais réels
Venue d'un proche (En cas de décès à plus de 50 km du Domicile)	1 Titre de transport 2 nuits maximum à l'hôtel (petit-déjeuner compris) par Évènement à concurrence de 50 € TTC maximum par nuit
Rapatriement des proches du Bénéficiaire rapatrié (En cas de décès à plus de 50 km du Domicile)	1 Titre de transport (billet retour uniquement) par proche
Aide à la recherche d'un opérateur funéraire	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique	3 entretiens maximum par Évènement sur 3 mois 1 appel de suivi dans les 12 mois
Aide à domicile	30 heures maximum par Évènement <i>réparties sur une période de 30 jours maximum</i> <i>(Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)</i>
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge	<i>(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement)</i>
• Garde à Domicile • <u>OU</u> Transfert accompagné des enfants chez un proche • <u>OU</u> Venue d'un proche	30 heures maximum par Évènement réparties sur une période maximale de 30 jours 1 Titre de transport par Évènement 1 Titre de transport par Évènement
Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice	1 Titre de transport par jour et par enfant par Évènement <i>dans la limite de 5 jours maximum répartis sur une période de 30 jours</i> <i>(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement)</i>
Garde des ascendants	<i>(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement)</i>
• Garde à Domicile • <u>OU</u> Transfert accompagné des ascendants chez un proche • <u>OU</u> Venue d'un proche	30 heures maximum par Évènement réparties sur 30 jours maximum 1 Titre de transport par ascendant et pour l'accompagnant par Évènement 1 Titre de transport par Évènement
Garde des animaux domestiques	20 jours maximum par Évènement <i>répartis sur une période maximale de 20 jours</i> <i>(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement)</i>

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0071

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



4 – DÉTAIL DES GARANTIES

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

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

4.1 - Accompagnement budgétaire et social

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

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

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

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

4.3 - Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

4.4 - Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence afin de le soulager dans ses tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

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

4.5 - Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire ou sa famille dans la recherche d'un opérateur funéraire qui pourra prendre en charge l'organisation des funérailles.

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire ou de sa famille.

4.6 - Aide au retour à l'emploi

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

Module 2 : FILASSISTANCE organise des entretiens

téléphoniques à distance dans les domaines suivants :

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

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

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

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

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

4.7 - Bilan situationnel par un ergothérapeute

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au Domicile du Bénéficiaire.

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

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

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

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

Le coût des travaux est à la charge du Bénéficiaire.

4.8 - Coiffeur à Domicile

FILASSISTANCE prend en charge les frais de déplacement du coiffeur au Domicile.

Le coût de la prestation du coiffeur est à la charge du Bénéficiaire.

4.9 - Conduite aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, FILASSISTANCE organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au

domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite de ce qui est prévu par le tableau synoptique.

4.10 - École à Domicile

FILASSISTANCE organise et prend en charge pendant l'absence scolaire de l'enfant, le soutien pédagogique du cours primaire à la classe de terminale incluse dans les matières suivantes : mathématiques, français, SVT, physique/ chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie.

La mise en œuvre de cette garantie se fait dans les conditions suivantes et dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique :

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

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

Cette garantie est mise en œuvre pendant la période d'absence scolaire de l'enfant, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés.

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

4.11 - École au domicile d'un proche

Lorsque l'enfant est transféré chez un proche dont le domicile est éloigné géographiquement de l'école, FILASSISTANCE organise et prend en charge la garantie « Ecole à domicile » au domicile du proche.

4.12 - Enveloppe de services

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

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

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

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

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement (dans la limite de 2 nuits (petits-déjeuners inclus) à concurrence de 50 € TTC par nuit)	10 unités

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Transport aux rendez-vous médicaux	1 aller-retour	6 unités
Livraison de médicaments (seule la livraison est prise en charge, le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire)	1 livraison	4 unités
Livraison de courses (seule la livraison est prise en charge, le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire)	1 livraison	6 unités
Portage de repas (seule la livraison est prise en charge, le coût des repas reste à la charge du Bénéficiaire)	1 livraison	2 unités
Coiffure à Domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 Titre de transport par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 Titre de transport par jour	4 unités

4.13 - Fermeture du Domicile quitté en urgence

En l'absence d'un proche présent localement, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une Aide à domicile dans les limites prévues dans le tableau synoptique afin de s'assurer que le Domicile soit apte à rester fermé pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments, du frigo...

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention du Bénéficiaire, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.



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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0071

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



4.14 - Garde des animaux domestiques

Si les Animaux domestiques du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde au Domicile ou dans une pension pour animaux.

En cas Immobilisation, FILASSISTANCE prend en charge dans le cadre de cette garantie et sur présentation d'un justificatif la Promenade du chien de l'Adhérent par un « pet sitter ».

4.15 - Garde des ascendants

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

- la garde à Domicile **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique** ;
- OU le transfert accompagné des ascendants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile.

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

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

- la garde à Domicile **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique** ;
- OU le transfert des enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile.

4.17 - Informations juridique et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

Informations juridiques

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

Informations vie pratique

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

4.18 - Livraison de courses

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le coût des courses est à la charge du Bénéficiaire.

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

Cette garantie est mise en œuvre dans un rayon maximum de 50 km du Domicile.

4.19 - Livraison de médicaments

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, au Domicile.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

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

4.20 - Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement

FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans la recherche de prestataires et de l'établissement des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement ou du véhicule et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales.**

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

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

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

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

4.21 - Mise en relation avec les professionnels du déménagement

FILASSISTANCE communique au Bénéficiaire les coordonnées des professionnels du déménagement (déménageurs, gardes meubles, locations de véhicules utilitaires, entreprises de nettoyage, ...) situés à proximité de son Domicile.

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

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

Les frais engagés restent à la charge du Bénéficiaire.

4.22 - Nettoyage du Domicile

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une Aide à domicile pour le nettoyage du Domicile **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

4.23 - Portage de repas

FILASSISTANCE **prend en charge** le portage de repas au Domicile dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

Le coût des repas reste à la charge du Bénéficiaire.

4.24 - Rapatriement de corps

En cas de décès du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport du corps du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France, situé dans la Zone de résidence du Bénéficiaire.**

FILASSISTANCE prend également en charge :

- les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.),
- le coût d'un cercueil le plus simple ou d'une urne pour le transport des cendres **à concurrence de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

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

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

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

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

4.25 - Rapatriement des proches du Bénéficiaire rapatrié

Dans le cas où le rapatriement du Bénéficiaire aurait été **décidé**, FILASSISTANCE organise le retour au Domicile du / des proche(s) du Bénéficiaire qui l'accompagnai(en)t, dans la limite de **ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

FILASSISTANCE prend en charge le **coût du transport lorsque les moyens prévus initialement ne peuvent pas être utilisés.**

4.26 - Télésistance

Afin de sécuriser le maintien au domicile du Bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge la mise en place d'un service de télésistance au Domicile, comprenant les frais d'accès et la maintenance d'un transmetteur de téléalarme au Domicile. Les frais d'accès au service comprennent :

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

FILASSISTANCE rembourse le Bénéficiaire dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique, sous réserve

de la réception des factures justifiant les frais engagés.

4.27 - Transport aux rendez-vous médicaux

Si durant son Immobilisation, le Bénéficiaire doit passer des examens médicaux, FILASSISTANCE prend en charge, **sur prescription médicale du médecin traitant du Bénéficiaire, le transport aller/retour, en taxi ou en véhicule sanitaire léger, du Domicile jusqu'au lieu des examens.**

4.28 - Transport chez un proche

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transfert du Bénéficiaire depuis son Domicile vers le domicile d'un proche.

4.29 - Transport sur le lieu de travail (hors arrêt de travail)

Si l'état de santé du Bénéficiaire le permet, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement de ce dernier de son Domicile à son lieu de travail, **dans un rayon de 25 km maximum, dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

4.28 - Venue d'un proche

En cas de décès du Bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un membre de sa famille si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux.

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

Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

5 - EXCLUSIONS

5.1 - Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

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

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :

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

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0071

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



- **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 RÉGLEMENTAIRES

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 réglementaires, 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. À 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 :

• 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

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0071

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



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.

ASSURANCE PRÉVOYANCE

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** - 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS - SAS au capital de 511 539 € - RCS Paris 812 962 330 - Intermédiaire en assurances - Immatriculé à l'Orias N°19 004 119 (www.orient.fr) et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - Intermédiaire en assurances - Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orient.fr).

Produit assuré et co-conçu par **L'ÉQUITÉ** - 2 rue Pillet-Will - 75009 PARIS - SA au capital de 69 213 760 € - RCS Paris 572 084 697 - Entreprise régie par le Code des assurances - N° d'identifiant unique ADEME : FR232327_03PBRV - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

PRODUIT : NÉOLIANE PROTECTION GAV

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 « Protection GAV » permet d'indemniser les personnes victimes de dommages corporels suite à un accident couvert par le Contrat et entraînant une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) ou de verser une indemnité à ses proches en cas de décès faisant suite à un accident également couvert par le Contrat.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ **ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET/OU PSYCHIQUE (AIPP)⁽¹⁾** : Versement d'une indemnité couvrant les préjudices indemnifiables suite à un accident couvert par le contrat et entraînant une atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique de l'assuré.

Les accidents couverts sont :

- Accidents de la vie privée
- Accidents médicaux
- Accidents dus à des attentats ou à des infractions

Les préjudices indemnifiables sont :

- Les préjudices économiques permanents : la perte de gains professionnels futurs de l'assuré, les frais éventuels d'assistance d'une tierce personne ou d'aménagement du domicile et du véhicule.
- Les préjudices non économiques : les souffrances endurées, le déficit fonctionnel permanent, le préjudice esthétique permanent et le préjudice d'agrément.

Pour un même événement, l'indemnité d'assurance ne peut excéder 1 million d'euros par victime assurée (hors bonus fidélité).

Dès la deuxième année d'adhésion, les assurés peuvent bénéficier d'un bonus fidélité de 50 000€ par an dans la limite de 1,2 million d'euros, quelle que soit la durée du contrat.

(1) Il permet de mesurer la gravité de l'invalidité permanente de l'assuré suite à un accident. Plus les séquelles de l'assuré sont grandes, plus ce taux est élevé.

✓ DÉCÈS :

Versement d'une indemnité couvrant les préjudices économiques des proches de l'assuré victime ainsi que le préjudice d'affection et les frais d'obsèques.

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

✓ **Garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue** : aide à domicile, présence d'un proche, prise en charge des animaux domestiques, etc.

✓ **Garanties familles en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue** : Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge), Remplaçante de garde d'enfants, Conduite aux activités extrascolaires etc.

✓ **Garanties en cas de décès** : Rapatriement du corps, Déplacement d'un proche sur le lieu du décès, Aide à la recherche d'un prestataire funéraire etc.

✓ **Garanties en cas d'hospitalisation de plus de 30 jours**

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



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les dommages causés par des maladies ;
- ✗ Les dommages consécutifs à des accidents professionnels ;
- ✗ Les dommages matériels.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

Sont exclues des garanties les dommages corporels :

- ! Consécutifs à un pari entraînant une prise de risque inconsidérée de la part de l'assuré ;
- ! Intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ou avec sa complicité ;
- ! Résultant de la pratique rémunérée de sports ou la pratique de sports à titre professionnel ;
- ! Occasionnés par une guerre civile ou étrangère ;
- ! Résultant de la conduite par l'assuré d'un véhicule terrestre à moteur autre qu'un fauteuil roulant électrique ou une tondeuse autoportée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Toute incapacité permanente inférieure au taux de franchise mentionné au contrat ne donnera lieu au règlement d'aucune indemnité.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- En France métropolitaine, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco ;
- Dans les territoires des États membres de l'Union Européenne ;
- En Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à Saint-Marin, au Vatican ou en Norvège ;
- Dans le reste du monde pour les voyages et les séjours n'excédant pas une durée continue de trois (3) mois en dehors de l'Iran, la Syrie, la Corée du Nord, la Crimée, le Venezuela, la Biélorussie, la Russie, les territoires de Donetsk, Lougansk, Zaporijia et Kherson, l'Afghanistan, la Birmanie (Myanmar) et Cuba.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

À l'adhésion au Contrat groupe :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Résider principalement en France métropolitaine ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et jusqu'à 75 inclus, 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 toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (exemples : changement de domicile ou de domiciliation bancaire) ;
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre :

- Informer l'assureur de tout accident à partir du moment où l'Assuré en a la connaissance ;
- Fournir à l'assureur tous les documents nécessaires à l'évaluation des dommages et au calcul des indemnités dans le délai prévu dans la notice d'information et en tout état de cause, dans le délai de 24 mois à compter de la date du sinistre.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables par prélèvement automatique selon la périodicité convenue à l'adhésion, soit mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

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

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

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'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'assureur.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

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

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **Néoliane Santé - Service Résiliation - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**
- Par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : **www.monneoliane.fr**, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »

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.



Protection GAV

POUR SUIVRE TOUS VOS REMBOURSEMENTS, RENDEZ-VOUS SUR :
www.monneoliane.fr



néoliane

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

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - Intermédiaire en assurances - Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orientas.fr).

Produit assuré par **L'ÉQUITÉ** - 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - SA au capital de 69 213 760 € - RCS Paris 572 084 697 - Entreprise régie par le Code des assurances - N° d'identifiant unique ADEME : FR232327_03PBRV - 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 !