



VOTRE DEVIS PERSONNALISÉ

**PLÉNITUDE
SANTÉ
GENERALI**

Votre formule santé : Plénitude Santé Generali
PS5

Votre(Vos) formule(s) prévoyance: IJH, pour 1 personne.

Ce devis comprend un contrat santé éligible à la loi Madelin et un contrat prévoyance.



Tarif : **116.72 € TTC/mois pour 1 personne(s).**



Date d'effet du contrat : **28/10/2021**

Devis valable 30 jours sous réserve de l'accord de l'assureur.

QUI SOMMES NOUS ?



Santiane, courtier en ligne leader en France

Plus de 180 000 adhérents nous font déjà confiance.



Spécialiste des complémentaires santé

Nos experts santé vous aident à comparer les contrats et à trouver une complémentaire adaptée au meilleur rapport garantie prix du marché.



Signature électronique 100% sécurisée

Grâce à la signature électronique, vous êtes couvert rapidement par votre complémentaire santé. L'adhésion est ainsi effectuée sans délai, grâce à une solution 100 % digitale.



Des partenaires de premier plan pour vous assurer

En tant qu'experts, nous sélectionnons les meilleures complémentaires santé afin de vous offrir un rapport garanties/prix optimal et un service client sérieux.

1. DEVOIR DE CONSEIL ET D'INFORMATION

Cette étude personnalisée est établie conformément aux articles L. 521-1 et suivants et R. 521-1 du Code des assurances et a pour objectif de définir vos besoins afin de vous proposer le contrat le plus adapté à votre situation.

VOTRE IDENTITÉ

Mr THIBAUT THOMAS
9 IMPASSE LES HAUTS DE SERIGNAN
34410 Sérignan
06.77.05.42.18
DAMTHO84@YAHOO.FR

PERSONNES À ASSURER

Personnes	Date de naissance	Régime d'assurance maladie
Vous	01/01/1958	Salarié
Votre conjoint		
1^{er} enfant		
2^{ème} enfant		
3^{ème} enfant		
4^{ème} enfant		
5^{ème} enfant		

EXIGENCES ET BESOINS EN SANTÉ



Votre couverture : Très élevée

/ Chambre particulière : ☒



Votre couverture

- **Verres simples :** Elevée
- **Verres complexes :** Très élevée
- **Verres très complexes :** Très élevée



Soins courants : Elevée

/ Prothèses : Très élevée



Votre couverture : Elevée

/ Pharmacie : Oui

/ Médecine douce ☒

EXIGENCES ET BESOINS EN PRÉVOYANCE



Capital décès / accident

☐

Je souhaite que mes proches bénéficient d'un capital décès par accident, ou je souhaite bénéficier de ce capital par anticipation :

- ☐ Entre 20 000 et 60 000 € par adhérent
- ☐ Entre 60 000 et 100 000 € par adhérent
- ☐ Plus de 100 000 € par adhérent



IJH accident

☒

Je souhaite disposer d'une indemnité journalière hospitalière en cas d'accident :

- ☒ Entre 20 et 60 € par adhérent
- ☐ Entre 60 et 100 € par adhérent
- ☐ Plus de 100 € par adhérent

BUDGET SOUHAITÉ

Min : 110€ <

Votre budget : 120 €

> Max : 130€

- Vous souhaitez :
- ☐ Une solution budget : une protection en accord avec mon budget
 - ☒ Une solution économique : pour optimiser mon couple budget / garanties
 - ☐ Une solution confort : pour une couverture conforme à mes exigences de besoin

2. NOTRE SOLUTION

Après analyse de vos besoins et votre situation, nous vous proposons de souscrire à une solution à 116.72 € TTC/mois comprenant :

- Un contrat santé Plénitude Santé Generali pour 1 personne(s), comprenant des garanties d'assistance
- un contrat prévoyance ijh, pour 1 personne comprenant des garanties d'assistance

En effet, cette proposition correspond au mieux à vos besoins dans la mesure où cette solution propose le meilleur rapport garantie/prix parmi l'ensemble des contrats comparés.

La (les) notice(s) d'information jointe(s) à cette proposition précise(nt) les conditions d'application, les montants et limites de garanties ainsi que les exclusions du (des) contrat(s).

Le tarif comprend les frais d'association, d'assistance et de courtage : 2,50€ par mois.

Le tarif ne comprend pas les frais de dossier : 20€ prélevés le 15 du mois suivant la date de saisie du contrat.

Ce devis comprend un contrat santé et un contrat prévoyance. Pour tout autre devis (prévoyance obsèques, dépendance, chiens/chats), veuillez effectuer votre demande sur www.santiane.fr/service-client, rubrique "Je ne suis pas encore client" puis "Je souhaite obtenir un devis", ou par téléphone au 04 93 81 88 10.

HOSPITALISATION

PLÉNITUDE SANTÉ 5

SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)

Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	Frais réels

HONORAIRES

Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	250 %
--	-------

BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	265 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	280 %

Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	200 %
--	-------

BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	215 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	230 %

Chambre particulière (illimité, hors chambre ambulatoire) ⁽²⁾	85 €/jour
--	-----------

Frais accompagnant (lit et frais de repas par jour) ⁽³⁾	35 €/jour
--	-----------

Forfait confort extra hospitalier (frais TV/Téléphone) ⁽²⁾	35 €/jour
---	-----------

Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %
-----------------------------------	-------

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Frais de séjour	100 %
-----------------	-------

Forfait journalier hospitalier	100 %
--------------------------------	-------

HONORAIRES

Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %
---	-------

100% SANTÉ DENTAIRE

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**
---	---

SOINS

Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁵⁾	200 %
--	-------

Orthodontie remboursée par le RO	200 %
----------------------------------	-------

BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	215 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	230 %

PROTHÈSES AUTRES QUE 100% SANTÉ - (PANIER À HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES)

Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	275 %
---	-------

BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	290 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	305 %

Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses non remboursés par le RO ⁽⁶⁾	200 €
--	-------

Plafond dentaire annuel (hors soins) ⁽⁷⁾	1 800 €
---	---------

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁸⁾

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé**

Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**
---	---

Monture et verres (Équipements de la Classe B - Panier Libre)*** :

Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	250 €
--	-------

Équipement avec des verres complexes ou très complexes	375 €
--	-------

BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	425 €
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	475 €

Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 €
--	-------

Lentilles acceptées par le RO	100 %
-------------------------------	-------

Lentilles refusées par le RO	+ 90 €
------------------------------	--------

Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire	125 €
---	-------

	250 €
--	-------

SOINS COURANTS

MÉDICAMENTS	100 %	
Médicaments prescrits et non pris en charge par le RO (par année d'adhésion et par Assuré)	20 €	
HONORAIRES MÉDICAUX		
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :		
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽⁹⁾	175 %	
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽⁹⁾	150 %	
Actes d'imagerie et actes d'échographie :		
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	125 %	
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	105 %	
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	125 %	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	125 %	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	125 %	
MATÉRIEL MÉDICAL		
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	175 %	
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	175 %	
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 %	
Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue. (par année d'adhésion et par Assuré - limité à 30 € / acte)	90 €	
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	140 €
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	150 €
Cure thermique ⁽¹⁰⁾	100 % + 150 €	



AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾

Depuis le 1^{er} janvier 2021 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	150 % + 200 €
Accessoires et fournitures	100 %

LES + PRÉVENTION ⁽¹²⁾

Ostéodensitométrie, détartrage annuel, actes de dépistage, vaccins	Frais réels dans la limite de 2 actes / an
--	--

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr	Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux familiers...)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet du contrat santé

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie conformément au décret N°2005-1226 du 29 septembre 2005. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

- (1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.
- (2) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par Assuré.
- (3) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité. Ces frais comprennent le lit et/ou les repas de la personne accompagnante.
- (4) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
- (5) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.
- (6) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
- (7) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (8) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans ou d'un an est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les Assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les Assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'Assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.
- (9) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par Assuré hors parcours de soins coordonnés.
- (10) Remboursement limité aux frais réels. Forfait global annuel comprenant la prise en charge de la surveillance médicale et du traitement thermal. Pour les frais de transport et d'hébergement, le remboursement est acquis y compris en l'absence de prise en charge du régime obligatoire. Sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.
- (11) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par Assuré et par période de quatre ans.
- (12) Actes de prévention pris en charge dans la limite de 2 actes par an.

*OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% Santé sur la page suivante. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. Les paniers 100% Santé sont disponibles depuis le 1^{er} janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.
Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.
Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -6 ou +6, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.



Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Les paniers 100% Santé seront pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

DEPUIS LE 1ER JANVIER 2021

**ZÉRO RESTE À CHARGE SUR
L'ENSEMBLE DU PANIER
OPTIQUE ⁽¹⁾**



**ZÉRO RESTE À CHARGE SUR
L'ENSEMBLE DU PANIER
DENTAIRE ⁽²⁾**



**ZÉRO RESTE À CHARGE SUR
L'ENSEMBLE DU PANIER
AIDES AUDITIVES ⁽³⁾**



ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes

Des verres (amincis, antireflet et anti-rayure) et traitant l'ensemble des troubles visuels

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes

Pour les adultes (17 modèles - 2 coloris)
Pour les enfants (10 modèles - 2 coloris)

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE + MONTURE À TARIFS LIBRES

OU

MONTURE SANS RESTE À CHARGE + VERRES À TARIFS LIBRES



2 DENTAIRE - Panier 100% Santé Zéro reste à charge

Couronnes :

- Céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ère} prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircons (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

- Céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives et canines)
- Full Zircon et métalliques (pour toutes les dents)

Prothèses amovibles à base de résine



3 AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité

Tous les types d'appareils sont concernés :

Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire

Les caractéristiques :

4 ans de garantie

30 jours minimum d'essai avant achat

12 canaux de réglage

Au moins 3 des options techniques suivantes :

système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2020.

Les exemples de remboursements ci-dessous n'ont pas de valeur contractuelle. Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en France, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).



HOSPITALISATION

PLÉNITUDE SANTÉ 5

Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	107,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	183,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €

DENTAIRE

PLÉNITUDE SANTÉ 5

Détartrage	DÉPENSE	28,92 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	8,68 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	246 €
	RESTE À CHARGE	208,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	DÉPENSE	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	75,25 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	220,38 €
	RESTE À CHARGE	243,08 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaires	DÉPENSE	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

PLÉNITUDE SANTÉ 5

Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	102,50 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	250 €
	RESTE À CHARGE	94,91 €

AIDES AUDITIVES

PLÉNITUDE SANTÉ 5

Aides auditives de classe I par oreille (Depuis le 01/01/2021)	DÉPENSE	950 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	710 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Aides auditives de classe II par oreille (Depuis le du 01/01/2021)*	DÉPENSE	1476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	560 €
	RESTE À CHARGE	676 €

SOINS COURANTS

PLÉNITUDE SANTÉ 5

Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	23 €
	RESTE À CHARGE	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €
	REMBOURSEMENT PLÉNITUDE SANTÉ	18,4 €
	RESTE À CHARGE	22,50 €

* Conformément à la réforme du 100 % Santé, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires est passée depuis le 01/01/2020 de 107,50 € à 120 € et celle des aides auditives de 300 € à 350 €. Depuis le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives est passée à 400 €.

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

PROFITEZ D'UNE ASSISTANCE COMPLÈTE DÈS LA PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT...

À TOUT MOMENT :

- ✓ Conseil social
- ✓ Informations juridiques et médicales
- ✓ Recherche médecins, infirmière, intervenant médical
- ✓ Mise en relation avec un prestataire de services à domicile

EN CAS DE DÉCÈS :

- ✓ Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- ✓ Accompagnement suite au décès
- ✓ Aide aux démarches administratives
- ✓ Avance de fonds

EN CAS D'HOSPITALISATION ET D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE :

- ✓ Aide à domicile
- ✓ Présence d'un proche
- ✓ Prise en charge des animaux domestiques
- ✓ Livraison de médicaments

Inter Mutuelles Assistance (IMA) vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.



24H/24 7J/7
☎ 05 49 76 66 30

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, Néoliane vous offre deux services médicaux complémentaires et gratuits : **MédecinDirect** et **Deuxièmeavis.fr**

Dès la validation de votre contrat santé, vous recevrez un email et un SMS avec votre code d'activation pour créer vos comptes ; vous pourrez bénéficier de ces services dès la prise d'effet de votre contrat.



à vos côtés, où que vous soyez

Bénéficiez d'un service de téléconsultation, accessible 24/7 et qui vous permet de consulter des médecins généralistes ou spécialistes.

➤ COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

Via l'application mobile MédecinDirect

Vous pouvez bénéficier d'une assistance par téléphone en appelant le **09 74 59 51 10**



des experts pour éclairer vos décisions de santé

Obtenez un 2ème avis médical en ligne en moins de 7 jours, auprès de médecins experts et reconnus, sur plus de 300 pathologies graves ou invalidantes.

➤ COMMENT ÇA MARCHE ?



Je récupère mon dossier médical et j'accède à mon compte sur deuxièmeavis.fr



Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



Sous 7 jours, j'obtiens l'avis rédigé du médecin après analyse de mon dossier

Un service patient est là pour vous accompagner !
Du lundi au vendredi de 10h à 19h : **01 81 80 00 48**

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance



Produit co-conçu par **GROUPE SANTIANE HOLDING** - SAS au capital de 455 524 € - RCS Paris 812 962 330 - 38-40 avenue des Champs-Élysées 75008 Paris - Intermédiaire en assurances - ORIAS n°19 004 119, et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5^{ème} 06200 Nice - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré et co-conçu par **L'ÉQUITÉ** (garanties frais de santé) - SA au capital de 26 469 320 €, Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris B 572 084 697 - 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : PLÉNITUDE SANTÉ GENERALI

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 contractuelles et précontractuelles sur le produit PLÉNITUDE SANTÉ GENERALI sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit PLÉNITUDE SANTÉ GENERALI est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels ayants-droits, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit PLÉNITUDE SANTÉ GENERALI est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'Adhérent.

Le produit PLÉNITUDE SANTÉ GENERALI est conforme au dispositif « 100% Santé » qui permet à l'Adhérent de bénéficier d'un zéro reste à charge sur les paniers optique, dentaire et aides auditives.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. **Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge.**

Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Inlay-Core, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire annuel ;
- ✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles acceptées par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Médecines complémentaires (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), Cure thermique, Matériel médical, Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires), Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage, Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II ;
- ✓ **Prévention** : Ostéodensitométrie, détartrage annuel, actes de dépistage, vaccins.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant, Forfait confort extra hospitalier ;
- **Dentaire** : Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses non remboursés par le Régime Obligatoire ;
- **Optique** : Lentilles refusées par le Régime Obligatoire, Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire ;
- **Soins courants** : Médicaments prescrits et non pris en charge par le Régime Obligatoire.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ Tiers Payant, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé) ;
- ✓ Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Assistance IMA Assurances en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation, d'hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de perte d'autonomie ou de décès.

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique ;
- ✗ Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Frais accompagnant** : Prise en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité ;
- ! **Forfait journalier hospitalier** : Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- ! **Optique** : La fréquence de remboursement pour un équipement optique est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ;
- ! **Aides auditives** : Depuis le 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Adhérents résidant à titre principal en France métropolitaine pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois mois, si le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français de l'Adhérent s'applique.



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 la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Résider principalement en France métropolitaine ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et sans limite d'âge ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous ;
- Relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- 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 (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, etc.) ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre :

- Déclarer le sinistre à l'assureur dans les meilleurs délais et en tout état de cause dans un délai maximum de 24 mois à compter du sinistre ;
- Transmettre dans les délais prévus les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de la souscription.

La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

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

La couverture prend fin :

- à la date de résiliation quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la Partie à l'origine ;
- en cas de décès de l'Adhérent ;
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'assureur.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux mois :

- par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **Santiane – Service Résiliation – 455 promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5ème – 06200 Nice**
- par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : **www.monsantiane.fr**, rubrique «Mes démarches», thème «Résilier ou renoncer à son contrat».

Une fois la première année de souscription écoulée, l'Adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un mois après réception de la notification de résiliation par l'assureur.

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

LINEA HOSPI' ACCIDENT

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION

Un accident engendrant une hospitalisation arrive soudainement sans que l'on ne soit préparé. Pour faire face sereinement à cette éventualité, bénéficiez du versement d'une **allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident**. Linea Hospi' accident vous garantit contre ces dépenses imprévues.

ADHÉRENT	ALLOCATION
THOMAS THIBAUT	IJH 100

CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE LINEA HOSPI' ACCIDENT

- Versement d'une allocation journalière
- Aucune formalité médicale
- Franchise de 24 heures
- Durée maximum d'indemnisation : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans inclus

LES SERVICES DE L'ASSISTANCE PRÉVOYANCE IMA ASSURANCES

Grâce à l'assistance IMA incluse dans votre garantie Linea Hospi' accident bénéficiez d'un accompagnement complet.

DÈS L'ADHÉSION :

- Informations médicales
(Hospitalisation, vaccins, médicaments, sommeil, stress...)

EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL ENTRAÎNANT UNE HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 4 JOURS :

- Aide à domicile
- Prise en charge des enfants de moins de 16 ans
(déplacement d'un proche au domicile ou transfert des enfants chez un proche ou garde des enfants au domicile)



Votre assistance IMA vous accompagne au quotidien dans les imprévus de la vie.
Bénéficiez d'une prise en charge en contactant un conseiller.
Et cela, 24H/24 7 jours/7.

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit distribué par NÉOLIANE SANTÉ (sous la marque Linea Santé), intermédiaire en assurances 510 204 274 RCS Nice, immatriculé à l'ORIAS numéro 09 050 488 (www.orias.fr) et assuré par L'ÉQUITÉ, entreprise régie par le code des assurances – 572 084 697 RCS Paris, société appartenant au groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : LINEA HOSPI'ACCIDENT

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 contractuelles et précontractuelles sur le produit LINEA HOSPI'ACCIDENT sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit LINEA HOSPI'ACCIDENT est un contrat de prévoyance individuelle qui prévoit le versement de prestations forfaitaires en cas d'hospitalisation consécutive à un accident. Il couvre l'adhérent principal, son éventuel conjoint et leurs enfants



Qu'est ce qui est assuré ?

✓ HOSPITALISATION EN CAS D'ACCIDENT :

Le versement d'une allocation Journalière forfaitaire (20€, 40€, 60€, 80€, 100€, 150€) en cas d'hospitalisation de l'assuré consécutive à un accident. Cette allocation est versée pendant une durée maximum de 365 jours.

✓ GARANTIE D'ASSISTANCE :

En cas d'hospitalisation de l'assuré consécutive à un accident, le contrat prévoit des prestations d'aide-ménagère, de garde d'enfants ainsi que des services d'information et conseils médicaux.

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



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Sont exclus de la garantie les conséquences :

- ! Une tentative de suicide ;
- ! La participation de l'assuré à des paris ;
- ! La pratique de tout sport à titre professionnel ;
- ! L'utilisation d'une moto en qualité de pilote ou de passager ;
- ! L'état d'ivresse de l'assuré ;
- ! L'usage abusif de stupéfiants en l'absence d'ordonnance médicale.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! L'adhérent principal doit être âgé entre 18 ans et 75 ans inclus au jour de l'adhésion ;
- ! L'adhérent doit résider en France métropolitaine ;
- ! La durée minimum d'une hospitalisation garantie est au moins égale à 24 heures continues.
- ! Les garanties cessent au 31 décembre de l'année des 80 ans de l'assuré pour la garantie décès.
- ! La durée maximum de cette garantie, y compris la franchise, ne pourra excéder 365 jours.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les personnes âgées de plus de 80 ans ;
- ✗ Les hospitalisations consécutives une maladie ;
- ✗ Les hospitalisations à domicile ;
- ✗ Les hospitalisations en maison de santé ou de rééducation ;
- ✗ Les traitements esthétiques ou de rajeunissement ;
- ✗ Les hospitalisations liées à la maternité.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

- 📍 Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois.
- 📍 En cas d'accident entraînant une hospitalisation hors de France métropolitaine, d'un pays membre de l'Union européenne ou de l'OCDE, les prestations ne sont dues que pour les jours d'hospitalisation postérieurs au rapatriement de l'assuré en France métropolitaine.

Les prestations sont payables exclusivement en Euros.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Etre 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 sur le certificat d'adhésion.
- Être âgées entre 18 ans et 75 ans inclus résidant en France métropolitaine

En cas de sinistre :

- Informer l'assureur ou son délégataire de tout accident, entraînant une hospitalisation ;
- Faire parvenir à l'assureur ou à son délégataire tout élément justifiant de l'accident, sa date de survenance et ses circonstances précises (lieu, noms des témoins...), un certificat médical précisant la nature et la durée de l'hospitalisation, l'attestation de l'établissement hospitalier ou le bulletin d'hospitalisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel, Trimestriel, Semestriel ou Annuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque (règlement annuel uniquement) ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion.

Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion.

En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de renonciation de 14 jours, qui commence à compter soit à partir de la date de signature de votre contrat, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an à compter de sa date de prise d'effet. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction. La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine et, au plus tard, le 31 décembre suivant le 80^{ème} anniversaire de l'assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent a la faculté de résilier de plein droit son adhésion, à chaque échéance du contrat, par écrit et par courrier, deux (2) mois au moins avant la date d'échéance

Par ailleurs, en cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.

3. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Informations générales

Santiane.fr est intermédiaire en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 07 006 282 et exerçant sous le statut de Courtier dit de "catégorie b" au sens de l'article L. 521-2-II du Code des assurances (vous trouverez ces informations sur le site de l'ORIAS, à l'adresse www.orias.fr). Conformément à notre statut de Courtier de "catégorie b", qui implique que notre cabinet n'est pas en mesure de fonder son analyse sur un nombre suffisant de contrats d'assurances offerts sur le marché, le contrat que nous vous proposons est issu des organismes assureurs partenaires de notre cabinet. Vous pouvez obtenir leur nom sur simple demande auprès de notre cabinet. Santiane.fr est entièrement indépendant et nous n'avons aucun lien capitalistique avec un organisme d'assurance.

Ce devis et le(s) contrat(s) proposé(s) sont soumis à la législation française.

En cas de réclamation

Pour toute réclamation, nous vous recommandons de contacter notre cabinet en formulant votre demande sur www.santiane.fr/service-client ou par voie postale à l'adresse suivante : Santiane.fr – Service Qualité – 455 Promenade des Anglais – 06200 Nice ou, dans la mesure où votre réclamation concerne directement le contrat d'assurance, le service "Réclamations" de l'assureur à l'adresse figurant sur la notice d'information.

Dans tous les cas, nous nous engageons à répondre, par mail ou par courrier, dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation. Si la réponse ne peut être apportée dans ce délai, un accusé de réception vous sera adressé puis une réponse vous sera faite dans les 60 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation.

Vous avez également la possibilité de contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution à l'adresse suivante : 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Après la souscription, vous pouvez également formuler votre réclamation auprès des différents interlocuteurs listés dans les conditions générales du contrat (service qualité de l'assureur et médiateur).

Droit de renonciation

Ce contrat, est souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L.112-2-1 du Code des Assurances). Dès lors, vous disposez d'une faculté de renonciation au contrat dans un délai, défini dans les Conditions Générales de votre contrat. Cette renonciation peut être faite, après vérification que vous êtes encore dans les délais, en ligne sur www.santiane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter », ou par courrier à l'adresse suivante : Santiane.fr - Service Clients - 455 - Promenade des Anglais - Nice Plaza – 06200 NICE. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation inclus dans les conditions générales valant notice d'information.

Conséquence de la demande de prise d'effet immédiate de la garantie

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des Assurances, dans le cas où la garantie prévue par le contrat a pris effet immédiatement à la date de conclusion du contrat conformément à votre demande, la cotisation dont vous êtes redevable en contrepartie de la prise d'effet immédiate de la garantie prévue par le contrat avant expiration du délai de renonciation (tel que défini au paragraphe précédent), est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et votre éventuelle renonciation intervenue avant l'expiration du délai de renonciation.

Transparence de la rémunération

Dans le cadre de la commercialisation des contrats d'assurance, nous sommes rémunérés sur la base d'une commission, c'est à dire une rémunération incluse dans la cotisation d'assurance du contrat souscrit.

Traitement des données personnelles

Les données personnelles recueillies pour établir cette proposition sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre demande d'assurance et sont destinées à nos services internes. Elles peuvent également être transmises à des fins commerciales et de gestion, sauf refus de votre part, aux autres sociétés du Groupe Santiane* et à nos sous-traitants situées en France ou à l'étranger (Union Européenne ou hors Union Européenne). Ces données seront conservées pour les durées de prescription légale applicables. Conformément à la loi informatique et libertés n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'opposition, d'accès et de rectification de ces données, en nous contactant sur www.santiane.fr/service-client ou par courrier à l'adresse suivante : Santiane.fr - 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza - 06200 NICE.

*GIE SANTIANE, GROUPE SANTIANE HOLDING, NEOLIANE SANTE

Santiane.fr - www.santiane.fr - Siège social : 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza, 5e - 06200 Nice - Établissement : 38-40 avenue des champs Elysées - 75008 Paris
Santiane est la dénomination commerciale de Santiane.fr - SAS au capital de 2.000.000 € courtier en assurance - RCS Nice : 489649897 - Immatriculé à l'ORIAS : 07 006 282 - www.orias.fr. Il opère sous le contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. - Santiane.fr exerce son activité en qualité de courtier de catégorie b en application de l'article L. 521-2-II b du Code des Assurances (la société n'est pas en mesure de fonder son analyse sur un nombre suffisant de contrats d'assurance offerts sur le marché) et n'a aucun lien capitalistique avec un assureur partenaire.

Réclamation : www.santiane.fr/service-client rubrique « Réclamations » ou par courrier : Santiane.fr - Service Qualité - 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza, 5e - 06200 Nice.

4. TAUX DE FRAIS DE GESTION ET DE REDISTRIBUTION

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux de 2020
Taux de redistribution ⁽¹⁾	67,50%
Taux de frais de gestion ⁽²⁾	36,90%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

5. ENGAGEMENTS

- ✓ Je reconnais avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion du (des) contrat(s) d'assurance proposé(s) ci-dessus, et avoir reçu une information sur l'étendue et la définition des risques ainsi que des garanties proposées.
- ✓ Je déclare sincères et exacts les renseignements portés sur le présent document et qui serviront de base à l'acceptation de la demande, plus particulièrement la catégorie socioprofessionnelle indiquée pour l'ensemble des adhérents.
- ✓ Je reconnais avoir pris connaissance des informations complémentaires décrites dans la partie 3, notamment le traitement des données personnelles.
- ✓ J'ai pris connaissance du fait que ce devis est délivré à titre indicatif sur la base des informations que j'ai communiquées, et qu'il ne constitue en rien un engagement contractuel.
- ✓ Je reconnais ne pas bénéficier de la CMU (Couverture Maladie Universelle) à ce jour.
- ✓ Je déclare avoir été informé(e) que Santiane peut se charger de résilier en mon nom et pour mon compte mon contrat d'assurance actuel, sous réserve de la signature d'un mandat de résiliation.