

Notice d'information Prévoyance

valant Conditions Générales

Indemnités Journalières
en cas d'hospitalisation
Capital Décès et PTIA

Linea

Santé & Prévoyance



Linea

Hospi' Accident & Cap' Accident

L'Équité





Linea

Santé & Prévoyance

Linea s'engage à vous protéger ainsi que vos proches en cas d'accident. Nous vous proposons des solutions de prévoyance accessibles à tous, souples et cumulables avec tout type de garanties.

Pour faire face aux imprévus, les garanties de Linea Hospi'Accident et Linea Cap'Accident vous permettent de :



Financer les dépenses liées à un accident,



Assurer l'avenir de vos proches en cas de décès,



Maintenir votre niveau de vie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

NOS SOLUTIONS PRÉVOYANCE



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.

À PARTIR DE 4,35 € PAR MOIS,

VOUS BÉNÉFICIEZ DES AVANTAGES SUIVANTS :

- . Versement d'une allocation allant jusqu'à 150 €/jour,
- . Durée maximum d'indemnisation : 1 an,
- . Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans inclus,
- . Possibilité d'assurer ses enfants.

CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE LINEA HOSPI'ACCIDENT

- AUCUNE FORMALITÉ MÉDICALE
- FRANCHISE DE 24 HEURES
- ALLOCATION TOTALEMENT EXONÉRÉE D'IMPÔTS
- FORMULE CUMULABLE À TOUT TYPE DE GARANTIE
- OFFRE ACCESSIBLE JUSQU'À 75 ANS À L'ADHÉSION

	COTISATION MENSUELLE PAR BÉNÉFICIAIRE ⁽¹⁾	ALLOCATION
IJH 20	4,35 €	20 € /jour
IJH 40	7,20 €	40 € /jour
IJH 60	10,05 €	60 € /jour
IJH 80	12,90 €	80 € /jour
IJH 100	15,75 €	100 € /jour
IJH 150	22,85 €	150 € /jour

(1) Tarifs TTC en vigueur au 01/01/2021



**CLAIRE, 29 ANS
ET MATHIS, 2 ANS –
Grenoble**

« Notre fils a fait une mauvaise chute. Les indemnités journalières nous ont aidé à faire face à de nombreux frais. »



SUZANNE, 68 ANS – Pau

« J'ai été hospitalisée durant 3 semaines. Ma garantie hospitalisation m'a permis de financer mes frais. »



SYLVAIN, AGATHE ET CHLOÉ – Le Havre

« Pendant une hospitalisation de plusieurs jours, j'ai pu gérer les imprévus grâce à mon indemnité journalière. »

**ILS ONT SU
GÉRER DES
DÉPENSES
INATTENDUES**



LINEA CAP'ACCIDENT CAPITAL DÉCÈS ET PTIA* PAR ACCIDENT

Les conséquences financières d'un accident peuvent être lourdes, et doivent être réglées très rapidement. Linea Cap'accident couvre les risques de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) suite à un accident. Vous pourrez ainsi mettre vos proches à l'abri des difficultés financières.

À PARTIR DE 6,62 € PAR MOIS,

PROTÉGEZ VOTRE FAMILLE GRÂCE AU VERSEMENT D'UN CAPITAL DÉCÈS :

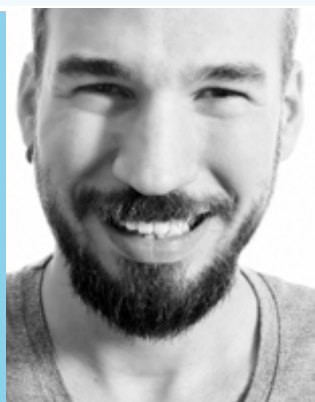
- . Versement d'un capital décès allant jusqu'à 150 000 €,
- . Formule accessible jusqu'à 75 ans à l'adhésion,
- . Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans inclus pour le capital décès et 65 ans inclus pour la PTIA,
- . Assistance complète et rapatriement de corps en France métropolitaine en cas de décès à l'étranger.

CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE LINEA CAP'ACCIDENT

- AUCUNE FORMALITÉ MÉDICALE
- AUCUN DÉLAI DE CARENCE
- CAPITAL EXONÉRÉ DE DROITS DE SUCCESSION⁽²⁾
- CAPITAL VERSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES DÉSIGNÉS PAR VOS SOINS
- VERSEMENT PAR ANTICIPATION EN CAS DE PTIA

	COTISATION MENSUELLE DE 18 À 75 ANS ⁽¹⁾	ALLOCATION
CAP 20	6,62 €	20 000 €
CAP 40	11,77 €	40 000 €
CAP 60	16,92 €	60 000 €
CAP 80	22,07 €	80 000 €
CAP 100	27,27 €	100 000 €
CAP 150	40,17 €	150 000 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2021– (2) dans les limites fiscales en vigueur



**JEAN-FRANÇOIS, 30 ANS,
MARIÉ – Nice**

« À mon âge, on ne se soucie pas toujours du devenir de sa famille en cas de décès. Avec mon contrat, je suis prévoyant. »



SÉBASTIEN, 41 ANS, PARENT ISOLÉ – Paris

« Les difficultés du quotidien ne me permettraient pas d'assurer un avenir serein. Grâce à ma garantie décès accidentelle, je prévois un capital adapté à mes enfants. »

**ILS ONT FAIT
LE CHOIX DE
PROTÉGER
LEUR FAMILLE**

*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

TITRE I

Formation - Dénomination - Durée - Objet Composition - Siège Social

Article 1. Constitution

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1^{er} 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 38-40, avenue des Champs-Élysées – 75008 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 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 d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

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

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

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

Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

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

Article 13. Procès-verbal

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

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

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

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

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

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

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

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

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

Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

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

Article 16. Règlement Intérieur

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

TITRE IV

Ressources – Dépenses – Comptes

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

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

Article 18. Dépenses

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors des frais d'administration et de gestion, par :

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

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

Article 19. Comptes annuels

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

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

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

Article 20. Commissaires aux comptes

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

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

TITRE V

Dissolution – Divers

Article 21. Dissolution de l'Association

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES LINEA HOSPI' ACCIDENT

Garantie hospitalisation en cas d'accident

Réf. EQC1000A_NI_01/2021

Article 1 - Objet du contrat

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative n° AC492097 est souscrit par l'association GPST auprès de L'ÉQUITÉ, au profit de ses adhérents. Il a pour objet de garantir à l'assuré les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est soumis à la législation française et il est régi par le Code des assurances.

Article 2 - Définitions

Souscripteur

Le Souscripteur du présent contrat collectif est l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – 38-40, avenue des Champs-Élysées 75008 Paris.

Organisme Assureur

L'ÉQUITÉ, Société anonyme au capital de 22 469 320 euros, entreprise régie par le Code des assurances, B 572 084 697 RCS Paris – Siège social : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – Société appartenant au groupe Generali immatriculé au registre italien des sociétés d'assurance sous le numéro 026.

Gestionnaire

L'assureur délègue la gestion au gestionnaire: Néoliane Gestion / Linea Santé - 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza - 06200 Nice

Distributeur

Produit distribué par NÉOLIANE SANTÉ (sous la marque Linéa Santé) – 455 Promenade des Anglais Immeuble Nice Plaza 5^{ème} – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Adhérent

Personne physique souscripteur de la demande d'adhésion.

Assuré

Personne physique sur la tête de laquelle repose les garanties du contrat, âgée de 80 ans au plus.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardio-vasculaires et cérébraux, les ruptures d'anévrisme.

Délai de franchise

Période durant laquelle les garanties ne donnent pas lieu à prise en charge. Toute hospitalisation, consécutive à un accident, débutant pendant cette période de franchise ne donnera pas lieu à indemnisation.

Hospitalisation

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

Article 3 - Durée et effet du contrat collectif

Le souscripteur doit remettre aux adhérents, en même temps que le formulaire de demande d'adhésion, une notice d'information. En cas de modifications apportées au contrat, le souscripteur remet aux adhérents une nouvelle notice d'information. En cas de résiliation du

contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées jusqu'à leur terme par l'assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation. Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire telle que prévue à l'article « Paiement de la cotisation ». Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées à partir de la date d'effet de la résiliation.

Article 4 - La garantie

Allocation hospitalisation en cas d'accident

En cas d'hospitalisation de l'assuré, telle que définie à l'article 2, consécutive à un accident, il est versé une allocation journalière forfaitaire égale au montant garanti à la date de l'accident. Cette allocation, payable mensuellement à terme échu, est versée au plus tôt, après une période d'hospitalisation, appelée période de franchise, égale à 24 heures continues. La durée maximum de cette garantie, y compris la franchise, ne pourra excéder 365 jours.

Article 5 - L'adhésion au contrat

Adhérents : peuvent adhérer au présent contrat les personnes physiques (âgées entre 18 ans et 75 ans inclus) résidant en France métropolitaine.

Assurés : peuvent être admis au bénéfice de l'assurance, les adhérents âgés de 18 à 75 ans inclus, les enfants âgés de moins de 26 ans qui sont ayants droit de l'adhérent ayant satisfait aux formalités suivantes :

- remplir et signer une demande d'adhésion ou adhérer par téléphone avec enregistrement ;
- régler la première cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

Les parties conviennent que les données sous forme électronique conservées par l'assureur ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Assuré et lui seront opposables ainsi qu'aux bénéficiaires ; elles pourront être admises comme preuves de l'identité de l'Adhérent (ou de celle de l'Assuré) et de son consentement relatif à l'adhésion au présent Contrat d'assurance, au contenu de celui-ci, et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés. Il ne peut y avoir, en aucun cas, d'adhésions multiples au contrat concernant un même assuré. Si tel devait être le cas, l'engagement de l'assureur serait en tout état de cause limité à la première adhésion.

Article 6 - La vie de l'adhésion

Effet des garanties

L'adhésion produit ses effets à la date indiquée au certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif et de l'absence de renonciation au mode de paiement par mandat SEPA de la première cotisation.

La durée initiale du contrat est fixée à 12 mois.

À l'expiration de cette année d'assurance, votre contrat est reconduit automatiquement d'année en année à l'échéance qui est fixée au 1^{er} janvier, sauf résiliation par vous ou par nous dans les conditions fixées ci-après.

Modification des garanties

En cours de vie de l'adhésion, l'adhérent peut demander à tout moment la modification de ses garanties. En cas d'augmentation de garantie, les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation de l'assureur et sous réserve que l'assuré ait satisfait aux formalités prévues à l'article 5, à la date figurant sur l'avenant délivré par l'assureur, sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes. Tout accident, entraînant une hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration à l'assureur et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris ses rechutes éventuelles (même événement accidentel).

Cessation des garanties

Les garanties cessent par l'intervention du premier des éléments suivants :

- le jour de la perte de la qualité d'assuré ;
- au 31 décembre de l'année des 80 ans de l'assuré ;

- au jour du décès de l'assuré ;
- au jour de la résiliation de l'adhésion, quel qu'en soit la cause.

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 vient de l'adhérent, elle doit se faire par écrit à l'adresse postale suivante :

Néoliane Gestion / Linea Santé

455 Promenade des Anglais – Imm Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

Ou

sur le site internet à l'adresse suivante :

www.santiane.fr/service-client,
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

Par l'adhérent :

- pour la première période ferme d'un an (1 an) : à la date anniversaire, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'assureur, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire de la première année ;
- pour les années suivantes au 31 décembre de chaque année, sous réserve de la notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'assureur, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire fixée au 1^{er} janvier ;
- en cas d'augmentation des cotisations par l'assureur suite à aggravation des résultats techniques du contrat ou évolution générale du risque, sous réserve de notification du refus à l'assureur par lettre recommandée avec accusé réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la date de notification par l'assureur.

Par l'assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),
- en cas de refus par l'adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat collectif.

Toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion. (article L113-8 et L113-9 du Code des assurances).

Article 7 - Droit de renonciation

L'adhésion au Contrat ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent s'il a adhéré par vente à distance, par démarchage. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par 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 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. Si un Sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

ou envoyée à l'adresse suivante :

NÉOLIANE GESTION / LINEA SANTÉ
455 Promenade des Anglais - Imm Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :
Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____. Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.
Fait le _____ à _____ Signature de l'Adhérent

Si le Contrat est vendu par démarchage :

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

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 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités".

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - vous pouvez renoncer au présent contrat en adressant votre demande de renonciation par écrit à Néoliane Santé & Prévoyance :

La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

www.santiane.fr/service-client

ou envoyée à l'adresse suivante :

NÉOLIANE GESTION / LINEA SANTÉ
455 Promenade des Anglais - Imm Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

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 souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.
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.

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 8 - Le paiement de la cotisation

Mode de calcul

La cotisation annuelle est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite. La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. Les cotisations sont révisables annuellement par l'assureur, au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de l'évolution générale du risque, des résultats du groupe assuré ou du fait de l'aggravation du risque du contrat collectif, sous réserve d'en informer l'adhérent avec un préavis de deux mois. Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article «résiliation de l'adhésion».

Mode de paiement de la cotisation

L'adhérent s'engage à verser la cotisation à échoir dans un délai maximum de 10 jours à compter des échéances fixées selon la périodicité de paiement retenue indiquée au certificat d'adhésion. La cotisation annuelle est payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par prélèvement automatique. Le paiement par chèque est accepté uniquement pour les règlements annuels.

Défaut de paiement

En cas de non-paiement de la cotisation à l'expiration du délai de 10 jours fixé au paragraphe précédent, une lettre recommandée sera adressée à l'adhérent, lui fixant un délai de 40 jours à l'expiration duquel l'adhésion sera résiliée de plein droit. Toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée. La cotisation impayée ainsi que celles échues avant la date de résiliation restent en totalité dues à l'assureur. En cas de paiement du montant figurant sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet, à midi le lendemain du jour du paiement. En cas de survenance d'un sinistre avant la suspension des garanties, l'assureur diminuera les prestations dues des cotisations impayées.

Article 9 - Ce que ne couvre pas le contrat

L'assuré est garanti pour toute hospitalisation consécutive à un accident effectuée en hôpital ou clinique public ou privé, à l'exclusion des séjours générés par les faits suivants :

- tentatives de suicide ;
- actes intentionnels ou illégaux de l'assuré ou des bénéficiaires ;
- vol sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité, ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe ;
- l'utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 400 cm³ ;
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
- une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plein air, de convalescence, de retraite, au sein d'établissements thermaux et climatiques, d'hospices, de cliniques ou hôpitaux psychiatriques, d'instituts médico-pédagogiques, de services de gérontologie, dans des établissements de cure ;

- des traitements à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement ;

- des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs / activités suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3 000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat ;

- la participation à des compétitions ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui la précèdent, courses, matches ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'une arme ou d'un moteur) ou de toute pratique sportive sous contrat rémunéré ;

- un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la réglementation en vigueur au jour du sinistre ;

- l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non respect de l'ordonnance médicale.

Article 10 - La déclaration d'accident entraînant une hospitalisation

L'assuré doit déclarer à NÉOLIANE GESTION, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat, et ce dans un délai maximum de 15 jours suivant l'hospitalisation. L'assuré doit adresser ses demandes ou déclarations d'accident à l'adresse suivante :

Néoliane Gestion / Linea Santé - 455
Promenade des Anglais - Imm Nice Plaza 5^{ème} 06200
Nice

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à NÉOLIANE GESTION (ou le cas échéant au médecin-conseil de l'assureur) des justificatifs décrits ci-après :

- tout élément justifiant de l'accident, sa date de survenance et ses circonstances précises (lieu, noms des témoins...);
- la nature des lésions constatées médicalement ;
- un certificat médical précisant la nature et la durée de l'hospitalisation ;
- l'attestation de l'établissement hospitalier ou le bulletin d'hospitalisation.

Toute prolongation d'hospitalisation nécessite un certificat de prolongation qui doit parvenir à l'assureur dans les 15 jours et précisant qu'il s'agit de la suite du même accident, ainsi que la durée de la prolongation. À la demande de l'assureur, l'assuré fournira sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'assureur un rapport médical de son médecin traitant.

Au-delà des délais de déclaration indiqués ci-dessus, l'indemnisation des sinistres ne débute qu'au terme du délai de franchise prévu au certificat d'adhésion décompté à partir de la date de déclaration. L'assureur se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que l'assuré puisse le cas échéant continuer à percevoir les prestations.

Article 11 - Contrôle de l'assuré

L'assureur se réserve à tout moment la possibilité de faire exécuter par un médecin expert désigné par lui, tout contrôle de l'assuré pour l'ouverture des prestations ou leur poursuite. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par

CONDITIONS GÉNÉRALES LINEA HOSPI' ACCIDENT

Suite

l'assureur, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré apporterait la preuve.

Article 12 - Territorialité

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 après application de la franchise prévue. Les prestations sont payables exclusivement en euro.

Article 13 - Prescription

Conformément aux articles L114-1, L114-2 et L114-3 du Code des assurances : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance ».

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 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.

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.

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. Conformément à la « Section 3 : des causes d'interruption de la prescription » du Code civil :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (Article 2240 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 2241 du Code civil)

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

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

Code civil)

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. (Article 2244 du Code civil)

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

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

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

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

Article 14 - Litiges médicaux

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'assureur, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, les trois experts opérant alors en commun à la majorité des voix. Faute d'entente sur le choix du tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Chaque partie paie les honoraires de son expert: ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance.

Article 15 - Information sur la protection des données personnelles

Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'Equité en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé & Prévoyance, en tant que Déléguataire :

- Souscription des contrats,
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes;
- Gestion et règlement des sinistres
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre de-

mande et de permettre la réalisation de mesures pré-contractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis ... - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).	- Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties,
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).	- Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles - Amélioration continue des offres et process
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat - Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale Afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats de remboursement de frais de soins

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

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- informations d'ordre économique et financier (revenus,

situation financière, situation fiscale, etc.)
- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

- La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de L'Assureur. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant 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'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

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 de vos données.

Aujourd'hui, les data centers du groupe Generali France sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données. 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 (Maroc, Tunisie) concernent des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, surveillance de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules). Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdaces@generalif.fr

Les traitements de Néoliane Santé afférents aux opérations de gestion sont également susceptibles d'être réalisés hors EEE (Maroc, Tunisie).

Les durées de conservation

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

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : Vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité.

- D'un droit de rectification : Vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.

- D'un droit de suppression : Vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre 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 vos données personnelles en cas de décès.

- D'un droit à la limitation du traitement : Vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles

- D'un droit à la portabilité des données : Vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.

- Droit de retrait : Vous avez le 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.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

Droit d'opposition :

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles :

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante :

NÉOLIANE SANTÉ - LINEA PERFORMANCE

Adresse postale : 455 promenade des Anglais 06200 Nice

Site internet : monsantiane.fr, rubrique "Mes démarches, thème "Exercice des droits personnels "

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité : droitdaces@generalif.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Droit d'introduire une réclamation

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

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

Article 16 - Examen des réclamations et procédure de médiation

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, ses cotisations ou encore ses sinistres, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Sur www.santiane.fr/service-client,
rubrique « Réclamations »
ou

Par courrier à :
Linea Santé – Service qualité
455 Promenade des Anglais – Imm Nice Plaza
06200 Nice

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser une **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

L'ÉQUITÉ – Cellule Qualité
2 rue Pillet-Will
75009 Paris

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

- dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'assuré dans ce délai,
- deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'assuré, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que cette demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de son contrat, cette réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

Médiations

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), L'ÉQUITÉ (Générali) applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de sa demande par la Cellule Qualité de L'ÉQUITÉ, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à l'adresse suivante :

M. le Médiateur de l'Assurance
BP 290 – 75425 PARIS Cedex 09.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que la Cellule Qualité ait été saisi de la demande et y ait apporté une réponse.

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

Article 17 - 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 75009 Paris

Assistance pour la Garantie Hospitalisation en cas d'accident

1. Conditions d'application des garanties

1.1 Faits générateurs

Les garanties de la présente convention s'appliquent en cas d'accident corporel entraînant une hospitalisation, dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 Intervention

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 05 49 76 66 30 ou 00 33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger. Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

1.2.1 Délai de demande d'assistance

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

Principe : sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Exception : Pour la garantie aide-ménagère, le délai

de demande d'assistance est de 5 jours à compter de la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation).

1.2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué. Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes. Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties. IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

1.2.3 Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

1.3 Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation...). De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

2. Garanties en cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 4 jours

2.1 Aide ménagère

En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 4 jours de l'assuré, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère à son domicile pour assister ses proches. Celle-ci a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales dès le premier jour de l'hospitalisation ou au retour au domicile. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

2.2 Prise en charge des enfants ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 4 jours de l'assuré, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche*

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les enfants au domicile.

Le transfert des enfants*

Le voyage aller et retour en France des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants*

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

*Les garanties « déplacement d'un proche », « transfert

des enfants » et « garde des enfants » ne sont pas cumulables.

3. Garanties complémentaires

Informations médicales

Une équipe médicale, communique 24h / 24 sur simple appel, des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques. Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.

Enfants et petits-enfants : attitudes préventives et conseils sur la santé.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

4. Limitations et exclusions à l'application des garanties

4.1 Infraction

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

4.2 Force majeure

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

4.3 Exclusions

Tout conseil, toute consultation juridique ou tout examen de cas particulier, toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de garanties, de même que toute avance de fond.

5. Vie du contrat

5.1 Durée des garanties

La période de validité du contrat souscrit par l'assuré auprès de Linea Santé & Prévoyance.

5.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'assuré de son contrat souscrit auprès de Linea Santé & Prévoyance pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

5.3 Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

5.4 Prescription

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

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

- La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

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 IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

5.5 Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en oeuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre. Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Linea Santé & Prévoyance. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.

5.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris – CS 40 000 – 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site <http://www.ima.eu> www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - BP 290 – 75425 PARIS Cedex 09. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

Définitions

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

Accident corporel

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Assuré

Souscripteur du contrat d'assurance auprès de Linea Santé & Prévoyance.

Bénéficiaires des garanties d'assistance

Tout assuré à Linea Santé & Prévoyance domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants, enfants handicapés sans limite d'âge fiscalement à charge.

Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré en France.

France

France métropolitaine et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre.

CONDITIONS GÉNÉRALES LINEA CAP' ACCIDENT

Garantie décès - PTIA en cas d'accident

Réf. EQC099A_NI_01/2021

Article 1 - L'objet de votre contrat

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative n° AC492096 est souscrit par l'Association GPST auprès de L'ÉQUITÉ. Il a pour objet de garantir à l'assuré les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est régi par le Code des assurances.

Article 2 - Définitions

Souscripteur

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

Organisme Assureur

L'ÉQUITÉ, Société anonyme au capital de 22 469 320 euros, entreprise régie par le Code des assurances, B 572 084 697 RCS Paris – Siège social : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – Société appartenant au groupe Generali immatriculé au registre italien des sociétés d'assurance sous le numéro 026.

Adhérent

Personne physique souscripteur de la demande d'adhésion.

Assuré

Personne physique sur la tête de laquelle repose les garanties du contrat, âgée de 80 ans inclus pour la garantie décès et, 65 ans inclus pour la garantie PTIA.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardiovasculaires et cérébraux, rupture d'anévrisme.

Article 3 - Durée et effet du contrat collectif

Le souscripteur doit remettre aux adhérents, en même temps que le formulaire de demande d'adhésion, une notice d'information. En cas de modifications apportées au contrat, le souscripteur remet aux adhérents une nouvelle notice d'information. En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées jusqu'à leur terme par l'assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation. Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire telle que prévue à l'article « paiement de la cotisation ». Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées à partir de la date d'effet de la résiliation.

Article 4 - La garantie

Décès accidentel

En cas de décès accidentel de l'Assuré, l'assureur garantit le versement du Capital Décès accidentel souscrit par l'Assuré aux bénéficiaires. Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre, en précisant leur nom, prénom, adresse et quote-part éventuelle. À défaut d'une telle désignation, le Bénéficiaire en cas de décès est le conjoint de l'Assuré non séparé de corps, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'Assuré.

L'attention du Souscripteur est attirée sur le fait que la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un Bénéficiaire déterminé peut devenir irrévocable par l'acceptation de ce Bénéficiaire sauf dans le cas où le droit en dispose autrement. La liberté du Souscripteur de modifier la désignation du bénéficiaire peut dès lors être limitée par l'acceptation du Bénéficiaire. Aucune des dispositions du présent contrat n'a pour effet de conférer un droit particulier à un Bénéficiaire acceptant.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentelle

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- tout assuré ayant bénéficié d'un classement dans la 3^e catégorie d'invalidité par la sécurité sociale au sens de l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- toute personne bénéficiant au titre de son régime propre de Sécurité sociale d'une majoration de ses prestations d'invalidité ou d'incapacité permanente pour assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Le versement du capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie Décès accidentel.

Article 5 - L'adhésion au contrat

Adhérents : peuvent adhérer au présent contrat les personnes physiques (âgées entre 18 ans et 75 ans inclus) résidant en France métropolitaine.

Assurés : peuvent être admis au bénéfice de l'assurance, les adhérents âgés de 18 à 75 ans inclus (65 ans inclus en cas de PTIA accidentelle) inclus, ayant satisfait aux formalités suivantes :

- remplir et signer une demande d'adhésion, ou adhérer par téléphone avec enregistrement ;
- régler la première cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

Les parties conviennent que les données sous forme électronique conservées par l'assureur ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Assuré et lui seront opposables ainsi qu'aux bénéficiaires, et pourront être admises comme, preuves de l'identité de l'Adhérent, de son consentement (ou celle de l'Assuré) et de son consentement relatif à l'adhésion au présent Contrat d'Assurance, au contenu de celui-ci, et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui. Il ne peut y avoir, en aucun cas, d'adhésions multiples au contrat concernant un même assuré. Si tel devait être le cas, l'engagement de l'assureur serait en tout état de cause limité à la première adhésion.

Article 6 - La vie de l'adhésion

Effet des garanties

L'adhésion produit ses effets à la date indiquée au certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif et de l'absence de renonciation au mode de paiement par mandat SEPA de la première cotisation.

La durée initiale du contrat est fixée à 12 mois.

À l'expiration de cette année d'assurance, votre contrat est reconduit automatiquement d'année en année à l'échéance qui est fixée au 1^{er} janvier, sauf résiliation par vous ou par nous dans les conditions fixées ci-après.

Modification des garanties

En cours de vie de l'adhésion, l'adhérent peut demander à tout moment la modification de ses garanties. En cas d'augmentation de garantie, les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation de l'assureur et sous réserve que l'assuré ait satisfait aux formalités prévues à l'article 5, à la date figurant sur l'avenant délivré par l'assureur, sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes. Tout accident, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration à l'assureur et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris ses rechutes éventuelles (même événement accidentel).

Cessation des garanties

Les garanties cessent par l'intervention du premier des éléments suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement) ;
- au 31 décembre de l'année des 65 ans de l'assuré pour la garantie PTIA ;

CONDITIONS GÉNÉRALES LINEA CAP' ACCIDENT

Suite

- au 31 décembre de l'année des 80 ans de l'assuré pour la garantie décès,
- au jour du règlement du capital à l'assuré en cas de PTIA ;
- au jour du décès de l'assuré ;
- au jour de la résiliation de l'adhésion, quel qu'en soit la cause. qu'en soit la cause.

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 vient de l'adhérent, elle doit se faire par écrit à l'adresse postale suivante :

Néoliane Gestion / Linea Santé
455 Promenade des Anglais – Imm Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

Ou

sur le site internet à l'adresse suivante :

www.santiane.fr/service-client,
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

Résiliation de l'adhésion :

Par l'adhérent :

- pour la première période ferme d'un an (1 an) : à la date anniversaire, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'assureur, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire de la première année.
- pour les années suivantes au 31 décembre de chaque année, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'assureur, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire fixée au 1^{er} janvier.
- en cas d'augmentation des cotisations par l'assureur suite à aggravation des résultats techniques du contrat ou évolution générale du risque, sous réserve de notification du refus à l'assureur par lettre recommandée avec accusé réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la date de notification par l'assureur.

Par l'assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),
- en cas de refus par l'adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat collectif.

Toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion. (article L113-8 et L113-9 du Code des Assurances).

Article 7 - Droit de renonciation

L'adhésion au Contrat ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent s'il a adhéré par vente à distance, par démarchage. Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par 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 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. Si un Sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

www.santiane.fr/service-client

ou envoyée à l'adresse suivante :

NÉOLIANE GESTION / LINEA SANTÉ
455 Promenade des Anglais - Imm Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

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

Fait le ____ à ____ Signature de l'Adhérent

Si le Contrat est vendu par démarchage :

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

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 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités".

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - vous pouvez renoncer au présent contrat en adressant votre demande de renonciation par écrit à Néoliane Santé & Prévoyance :

La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

www.santiane.fr/service-client

ou envoyée à l'adresse suivante :

NÉOLIANE GESTION / LINEA SANTÉ
455 Promenade des Anglais - Imm Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

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 souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date

de réception de la présente lettre.

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 8 - Le paiement de la cotisation

Mode de calcul

La cotisation annuelle est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite. La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

Les cotisations sont révisables annuellement par l'assureur, au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de l'évolution générale du risque, des résultats du groupe assuré ou du fait de l'aggravation du risque du contrat collectif, sous réserve d'en informer l'adhérent avec un préavis de deux mois. Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article « résiliation de l'adhésion ».

Mode de paiement de la cotisation

L'adhérent s'engage à verser la cotisation à échoir dans un délai maximum de 10 jours à compter des échéances fixées selon la périodicité de paiement retenue indiquée au certificat d'adhésion. La cotisation annuelle est payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par prélèvement automatique. Le paiement par chèque est accepté uniquement pour les règlements annuels.

Défaut de paiement

En cas de non-paiement de la cotisation à l'expiration du délai de 10 jours fixé au paragraphe précédent, une lettre recommandée sera adressée à l'adhérent, lui fixant un délai de 40 jours à l'expiration duquel l'adhésion sera résiliée de plein droit. Toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée. La cotisation impayée ainsi que celles échues avant la date de résiliation restent en totalité dues à l'assureur. En cas de paiement du montant figurant sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet, à midi le lendemain du jour du paiement. En cas de survenance d'un sinistre avant la suspension des garanties, l'assureur diminuera les prestations dues des cotisations impayées.

Article 9 - Ce que ne couvre pas le contrat

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

- du suicide de l'assuré ;
- d'un vol sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité, ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe ;
- de l'utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 400 cm³ ;
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;

- de la participation de l'assuré à un crime ou délit comme co-auteur ou complice ;
- des sports pratiqués à titre professionnel ou des sports amateurs / activités suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat ;
- de la participation à des compétitions ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui la précèdent, courses, matches ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'une arme ou d'un moteur) ou de toute pratique sportive sous contrat rémunéré ;
- de l'état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la réglementation en vigueur au jour du sinistre,
- de l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale.

Article 10 - La déclaration d'accident

L'assuré doit déclarer à NÉOLIANE GESTION tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat dans un délai maximum de 15 jours suivant le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. L'assuré doit adresser ses demandes ou déclarations à l'adresse suivante :

Néoliane Gestion / Linea Santé

455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5^{ème}
06200 NICE

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à NÉOLIANE GESTION (ou le cas échéant au médecin conseil de l'assureur) des justificatifs décrits ci-après.

En cas de décès accidentel :

- un extrait de l'acte de décès (délivré par la mairie du lieu de décès) ;
- un certificat médical précisant la cause exacte du décès.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle :

- un certificat médical du médecin traitant de l'Assuré précisant la cause et la nature exacte de l'invalidité et si l'intéressé a besoin d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- un justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité de 3^e catégorie délivrée par la Sécurité sociale ;
- tous éléments justifiant de l'accident, sa date de survenance et ses circonstances précises (lieu, noms des témoins...).

L'assureur se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces.

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre connus de l'Assuré l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnités ou nullité de l'adhésion (articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances).

Article 11 - Contrôle de l'assuré

L'assureur se réserve à tout moment la possibilité de faire exécuter par un médecin expert désigné par lui, tout contrôle de l'assuré pour l'ouverture des prestations. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré ou son représentant refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées

par l'assureur, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré apporterait la preuve.

Article 12 - Territorialité

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 hors de France métropolitaine, d'un pays membre de l'Union européenne ou de l'OCDE, les prestations ne sont dues qu'à partir du rapatriement de l'assuré en France métropolitaine, après application de la franchise prévue. Les prestations sont payables exclusivement en euro.

Article 13 - Prescription

Conformément aux articles L114-1, L114-2 et L114-3 du Code des assurances : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 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.

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.

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 ».

Conformément à la « Section 3 : des causes d'interruption de la prescription » du Code civil :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (Article 2240 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 2241 du Code civil)

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

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

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. (Article 2244 du Code civil)

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de

celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

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

Article 14 - Litiges médicaux

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'assureur, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, les trois experts opérant alors en commun à la majorité des voix. Faute d'entente sur le choix du tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chaque partie paie les honoraires de son expert : ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance.

Article 15 - Information sur la protection des données personnelles

Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'Equité en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé & Prévoyance, en tant que Déléguataire :

- Souscription des contrats,
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes;
- Gestion et règlement des sinistres
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures pré-contractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour

CONDITIONS GÉNÉRALES

LINEA CAP' ACCIDENT

Suite

permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis ... - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).	- Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties, - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles - Amélioration continue des offres et process
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat - Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale Afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats de remboursement de frais de soins

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

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)

- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

- La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de L'Assureur. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant 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'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

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 de vos données.

Aujourd'hui, les data centers du groupe Generali France sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données. 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 (Maroc, Tunisie) concernent des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, surveillance de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules). Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdaces@generali.fr

Les traitements de Néoliane Santé afférents aux opérations de gestion sont également susceptibles d'être

réalisés hors EEE (Maroc, Tunisie).

Les durées de conservation

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

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : Vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité.

- D'un droit de rectification : Vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.

- D'un droit de suppression : Vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre 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 vos données personnelles en cas de décès.

- D'un droit à la limitation du traitement : Vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles

- D'un droit à la portabilité des données : Vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.

- Droit de retrait : Vous avez le 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.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

Droit d'opposition :

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles :

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante :

NÉOLIANE SANTÉ - LINEA PERFORMANCE

Adresse postale : 455 promenade des Anglais 06200 NICE

Site internet : monsantiene.fr, rubrique "Mes démarches, thème "Exercice des droits personnels "

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une

preuve de votre identité : droitdaccess@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité – TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Droit d'introduire une réclamation

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

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

Article 16 - Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, ses cotisations ou encore ses sinistres, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications sur www.santiane.fr/service-client, rubrique « Réclamations » ou par courrier à :

Linea Santé (Néoliane) – Service qualité
455 Promenade des Anglais – Imm Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser une réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

L'ÉQUITÉ – Cellule Qualité
2 rue Pillet-Will
75009 Paris

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

- dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'assuré dans ce délai,
- deux mois entre la date de réception de la réclamation

et la date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'assuré, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que cette demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de son contrat, cette réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire. La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous. En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, L'ÉQUITÉ applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération. Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de sa demande par la Cellule Qualité de L'ÉQUITÉ, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à l'adresse suivante :

M. le Médiateur de l'Assurance
BP 290 – 75425 PARIS Cedex 09.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que la Cellule Qualité ait été saisie de la demande et y ait apporté une réponse. La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'adhérent n'a pas été soumise à une juridiction.

Article 17 - 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 75009 Paris

Article 18 - Opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions de l'article L.223-1 du code de la consommation, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES

Assistance Capital Décès / PTIA par accident

1. Conditions d'application des garanties

1.1 Faits générateurs

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas de décès consécutif à un accident corporel ou d'une PTIA – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à un accident.

1.2 Intervention

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 05 49 76 66 30 ou 00 33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger. Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

1.2.1 Délai de demande d'assistance

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

Principe : sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent le décès ou la déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Exception : Pour la garantie aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est de 5 jours à compter du décès ou de la déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du jour du décès.

Illustration pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 10 jours : en cas d'appel le 5^e jour, la garantie est alors plafonnée à 5 jours.

1.2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué. Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes. Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties. IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

1.2.3 Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

1.3 Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat de décès ou déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie).

2. Garanties en cas de décès consécutif à un accident corporel de l'assuré

2.1 Aide ménagère

En cas de décès de l'assuré, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère à son domicile pour assister ses proches. Celle-ci a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales à compter du jour du décès. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

2.2 Transfert et garde d'animaux domestiques familiaux

En cas de décès de l'assuré, IMA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant à son domicile, dans la limite de 10 jours à compter de la date de mise en œuvre de la garantie.

2.3 Mise en relation avec un prestataire funéraire

IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire funéraire à la famille. Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

2.4 Rapatriement de corps en cas de décès survenu lors d'un déplacement

En cas de décès de l'assuré survenant lors d'un déplacement au-delà de 50 km de son domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le rapatriement du corps. Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation/ crémation ou d'exposition du corps choisi en France. Cette garantie comprend les soins de conservation du corps imposés par la loi, le cercueil conforme à la législation en vigueur et de qualité courante, les formalités, le transport.

2.5 Aide à la rédaction des documents administratifs

Afin d'aider les proches dans la rédaction des documents administratifs liés au décès de l'assuré, IMA ASSURANCES met à leur disposition un intervenant compétent dans la limite de 4 heures maximum sur un an à compter du décès.

3. Garanties en cas de déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré

3.1 Aide ménagère

En cas de déclaration de perte d'autonomie totale et irréversible de l'assuré, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère à son domicile pour assister ses proches. Celle-ci a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales à compter de la déclaration de perte d'autonomie totale et irréversible de l'assuré. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

3.2 Transfert et garde d'animaux domestiques familiers

En cas de déclaration de perte d'autonomie totale et irréversible de l'assuré, IMA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux familiers domestiques vivant à son domicile, dans la limite de 10 jours à compter de la date de mise en oeuvre de la garantie.

4. Limitations et exclusions à l'application des garanties

4.1 Infraction

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

4.2 Force majeure

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

4.3 Exclusions

- Tout conseil ;
- toute consultation juridique ou tout examen de cas particulier ;
- toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de garanties, de même que toute avance de fond.

5. Vie du contrat

5.1 Durée des garanties

La période de validité du contrat souscrit par l'assuré auprès de Linea Santé & Prévoyance.

5.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'assuré de son contrat souscrit auprès de Linea Santé & Prévoyance pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

5.3 Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

5.4 Prescription

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court : en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance, en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier. 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 avis de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires 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.

5.5 Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en oeuvre les garanties d'assistance auxquelles les bénéficiaires

peuvent prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Linea Santé & Prévoyance à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées

La demande de mise en oeuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'avoir été collectées à tout professionnel de santé devant en connaître pour accomplir la mission de soins confiée par IMA ASSURANCES.

À cet effet, dans ces conditions et à l'égard de ces professionnels de santé, les bénéficiaires libèrent IMA ASSURANCES ainsi que son personnel médical de son obligation de secret professionnel sur ces informations médicales.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES.

5.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers. Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : M. le Médiateur de l'Assurance BP 290 - 75425 PARIS Cedex 09.

Définitions

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

Accident corporel

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Assuré

Souscripteur du contrat d'assurance auprès de Linea Santé & Prévoyance.

Bénéficiaires des garanties d'assistance

Tout assuré à Linea Santé & Prévoyance domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants, enfants handicapés sans limite d'âge fiscalement à charge.

Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré en France.

France

France métropolitaine et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre.

Annulation de votre adhésion en cas de démarchage à domicile

Code de la consommation, articles L121-23 à L121-26

Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-contre.

Conditions :

Compléter et signer ce formulaire

L'envoyer par demande écrite

À Linea Santé & Prévoyance / 455 promenade des Anglais - Imm Nice Plaza 5^{ème} - 06200 Nice et l'expédier au plus tard le quatorzième jour à partir du jour de la commande ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Date et signature

le :

« Je soussigné(e) M. M^{me}

Nom Prénom

Demeurant

Code Postal [] [] [] [] [] Ville

Nature des biens ou des services commandés

Date de l'adhésion

Numéros d'adhérent

déclare renoncer à mon adhésion au contrat susvisé et demande le remboursement des cotisations versées ».

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 ».



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.



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.



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.

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 CAP'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 CAP'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 CAP'ACCIDENT est un contrat d'Assurance Prévoyance Individuelle qui prévoit le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés en cas de décès accidentel de l'assuré ou, directement à l'assuré en état de PTIA suite à un accident.



Qu'est ce qui est assuré ?

✓ LE VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL OU DE PTIA ACCIDENTELLE :

Le produit prévoit le versement d'un capital forfaitaire (20 000€ ; 40 000€ ; 80 000€ ; 100 000€ ; 150 000€) en cas de décès accidentel ou de PTIA accidentelle de l'assuré.

En cas de décès, l'assureur verse le capital souscrit aux bénéficiaires désignés. En cas de PTIA, le montant du capital souscrit est versé directement à l'assuré.

✓ GARANTIE D'ASSISTANCE :

Le produit prévoit des prestations d'aide-ménagère, de transfert ou de garde d'animaux, de rapatriement du corps en cas de décès, etc.

« 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 :

- ! Du suicide de l'assuré ;
- ! De la participation de l'assuré à un crime ou un délit comme auteur ou complice ;
- ! Des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe ou d'émeutes ;
- ! De l'éthylisme, de l'usage de drogues ;
- ! Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
- ! Des sports pratiqués à titre professionnel.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! L'adhérent doit être âgé entre 18 ans et 75 ans inclus au jour de l'adhésion ;
- ! L'adhérent doit résider en France métropolitaine ;
- ! Les garanties cessent au 31 décembre de l'année des 65 ans de l'assuré pour la garantie PTIA ;
- ! Les garanties cessent au 31 décembre de l'année des 80 ans de l'assuré pour la garantie décès.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Le décès consécutif à une maladie ;
- ✗ La PTIA consécutive à une maladie ;
- ✗ Les frais d'obsèques

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 l'adhésion au 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 au certificat d'adhésion.
- Être âgés entre 18 ans et 75 ans inclus résidant en France métropolitaine

En cas de sinistre :

- Informer l'assureur de tout accident de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat ;
- Faire parvenir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



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 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 de l'année 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.

Linea

Hospi' Accident & Cap' Accident

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** (sous la marque Linea Santé) – 455 Promenade des Anglais Immeuble Nice Plaza 5^{ème} – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Produit assuré par **L'ÉQUITÉ** – 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – SA au capital de 26 469 320 € – RCS Paris B 572 084 697 – Entreprise régie par le Code des assurances – Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.