

Innov Santé

by néoliane

Produit santé non responsable



L'Équité

DEMANDE D'ADHÉSION Complémentaire Santé









DÉCOUVREZ NOTRE PRODUIT NÉOLIANE INNOV'SANTÉ

Une complémentaire santé non responsable innovante

- ✓ 7 niveaux de garanties pour satisfaire tout type de besoin
- ✓ Une prise en charge compétitive des honoraires en hospitalisation : jusqu'à 300% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, et jusqu'à 80€/ jour pour la chambre particulière.
- ✓ Des avantages tarifaires selon votre profil familial :

 -7% pour les couples et -10% pour les familles, dont monoparentales
- ✓ Prise en charge avantageuse de la cure thermale et de la médecine naturelle*.

*excepté pour la formule 1





UN FORFAIT GLOBAL UNIQUE

Valable tous les ans, pour tout assuré et regroupant les garanties des postes optique, dentaire** et aides auditives.

Une gestion libre de son forfait en fonction de ses dépenses : possibilité de l'utiliser uniquement sur l'un des trois postes ou bien de répartir ses dépenses.

Des bonus de fidélité en cas de non consommation du forfait sur les 12 ou 24 derniers mois.

**excepté les soins dentaires, inlays-onlays et parodontologie remboursés par le RO



TABLEAU DES GARANTIES Néoliane INNOV'SANTÉ





Adhésion possible à partir de 18 ans et sans limite d'âge

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Sauf mention explicite contraire, les forfaits exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, par assuré.

HOSPITALISA	ATION	IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
SECTEUR CONVE	ENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)							
Forfait journalier ho	ospitalier (1)	Frais réels	Frais réel					
Frais de séjour (y co	ompris maternité) ⁽²⁾	Frais réels	Frais réel					
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes : Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250%	300 %
RONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	125 %	140 %	165 %	190 %	215 %	265 %	315 %
DONOSTIDELITE	À compter de la 3º année d'adhésion et suivantes	150 %	155 %	180 %	205 %	230 %	280 %	330 %
Chirurgie et anesthe	ésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	105 %	130 %	155 %	180 %	230 %	280 %
Chambre particuliè	re (illimité, hors ambulatoire) ^[2]	-	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	80 € / joi
Frais accompagnar	nt (lit et frais de repas par jour) (3)	-	10 € / jour	15 € / jour	15 € / joi			
Confort hospitalier	: téléphone, Internet, télévision (par année d'adhésion et par assuré) (2)	-	5 € / jour	5 € / jou				
Frais de transport (4)	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SECTEUR NON C	ONVENTIONNÉ							
Forfait journalier ho	ospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais rée					
Frais de séjour (y c	ompris maternité) ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires Chirurgie et anesth	ésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SOINS COUR	ANTS							
Médicaments		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires médio	caux							
Consultations et vis	sites médicales par médecins généralistes et spécialistes :							
Médecins adhérent	ts à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽⁵⁾	100%	100%	125%	150%	150%	175%	200%
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	115 %	140 %	165 %	165 %	190 %	215 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	130 %	155 %	180 %	180 %	205 %	230 %
Médecins non adhé	érents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽⁵⁾	100%	100 %	105%	130 %	130%	155 %	180 %
Actes d'imagerie et	t d'échographie :							
Médecins adhérent	ts à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100 %	125 %	125%	150%	150%	150%
Médecins non adhé	érents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100 %	105%	105%	130%	130%	130%
Actes techniques n	nédicaux pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100%	100%	100%	150%	150%	150%
Actes techniques n	nédicaux pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100%	100%	100%	130%	130%	130%
Honoraires paran	nédicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100 %
Analyses et exam	nens de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical								
Prothèses et annar	eillages (petit appareillage et accessoires)	_	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100%
ι τοιποσόσ στ αρραπ	,							

DENTAIRE / OPTIQUE / AIDES AUDITIVES	IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
Équipements 100% Santé**			Pas	de rembourse	ment		
Dentaire							
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁶⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100%
Forfait global Valable par assuré et sur une période de douze mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion	ı de l'assuré. Il regi	roupe le rembo	ursement des g	garanties des _l	postes dentaire	e, optique et aid	des auditives.
Orthodontie remboursée par le RO Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO Prothèses dentaires, Implantologie, Parodontie, Orthodontie pour adulte, non pris en charge par le RO OPTIQUE Monture et verres (Équipement de la Classe B - Panier Libre)***: Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe Équipement avec des verres complexes ou très complexes Monture au sein de l'équipement Lentilles acceptées ou refusées par le RO Chirurgie réfractive de l'oeil AIDES AUDITIVES Aides auditives de la Classe II - Panier Libre Accessoires et fournitures	_	150 € (forfait global)	250 € (forfait global)	350 € (forfait global)	450 € (forfait global)	550 € (forfait global)	650 € (forfait global)
Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente, le nouveau forfait global sera : Si aucun remboursement n'est intervenu les deux années précédentes, le nouve	- eau	300 €	400 €	500€	600€	700€	800€
forfait global sera :	-	450 €	550€	650 €	750 €	850€	950€
AUTRES SOINS							
Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue (par année d'adhésion et par assuré - limité à 30 € / acte)	-	30€	60€	60€	90€	90€	120€
Cure thermale ⁽⁸⁾	-	100%	100 % + 50 €	100 % + 50 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €

SERVICES

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

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

Tous les forfaits sont valables par année d'adhésion, soit sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros. Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 24 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en viqueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

- (1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.
- (2) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.
- (3) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité.
- (4) Frais de transport du malade ou de l'accidenté remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
- (5) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés: au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.
- (6) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.
- (7) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses dentaires refusées par le RO mais avec cotation.
- (8) Remboursement limité aux frais réels. Forfait global annuel comprenant la prise en charge de la surveillance médicale et du traitement thermal. Pour les frais de transport et d'hébergement le remboursement est acquis y compris en l'absence de prise en charge du Régime Obligatoire. Sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.
- * OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.
- **Tels que définis réglementairement. Dans le cadre d'un contrat responsable, le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les
- ** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.
- Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.
- Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

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

À TOUT MOMENT:

- Conseil social
- Informations juridiques et médicales
- Recherche médecins, infirmières, intervenants médicaux
- Mise en relation avec un prestataire de services à domicile

EN CAS DE DÉCÈS:

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

EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE (DE PLUS DE 3 JOURS)

- Aide à domicile
- Présence d'un proche
- Prise en charge des animaux domestiques

EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉ-DIATE AU DOMICILE :

Livraison de médicaments

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



24H/24 7J/7

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, votre contrat santé comporte deux services médicaux complémentaires : **MédecinDirect** et **Deuxièmeavis.fr**

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



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





OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane Via l'application mobile MédecinDirect

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

deuxiemeavis.fr

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





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



Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



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

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



NÉOLIANE INNOV'SANTÉ

PRODUIT SANTÉ NON RESPONSABLE

DEMANDE D'ADHÉSION

Cotisation mensuelle

☐ Affaire nouvelle

Exemplaire à conserver par l'adhérent

Avenant

SANTÉ & PRÉVOYANCE

NÉOLIANE SANTÉ

43 Boulevard Rer nmeuble Nouvel'i ww.monneoliane él.: 04 92 17 53 5	R - Bat C – 06200 NICE e.fr											de courtie m du cou			ır:	
1 Tous les cham	ıps de ce bulletin sont obl	ligat	oires.													
NDHÉRENTS	- L'adhérent principal do	it åtr	re âné à l'ar	lhácian d	lo 10 a	ne min	nimum						OBLI	GATOIRE		
si plus de 5 enfai	nts à assurer, remplir un se	econ	d formulair	e d'adhé	sion)	15 111111	iiiiuiii.				E-mail clie	nt :				
	NOM		PI	RÉNOM			NÉ(E)	LE	SEX	Œ	L	JEU DE N	AISSAI	NCE DE L	'ADHÉREN	_
Adhérent princip							(=)				Ville de nais					
Conjoint											Code Postal	l :				
Enfant 1											Pays de nai					
Enfant 2									□ M [COORDO	ONNÉE	S DE L'A	DHÉRENT	
Enfant 3									□ M [ΠF	N° de télép					
Enfant 4									□ M [- ·	Adresse :					
Enfant 5									□ M □		Code Postal					
ate d'effet sou	haitée _	omplé	ementaire sant	<u>é</u>) [□ IS 1	n ri S	nous sommes da rance actuel. Aus serez préalablem	ans l'obligatio ssi, la date d'e nent informé. I n par Néoliane	n de vous a effet de votre Si vous n'av	assurer ur e nouveau /ez pas de la demand	ar votre assureur n. Si vous résiliez ne permanence d u contrat est susc e complémentaire de d'adhésion sig	de couverture ceptible de var e santé, la date née.	sans cun ier, sans r e d'effet e	nul de couve nodification (rture avec votre de tarif. Le cas é lus tôt au sixième	contrat d'assu- chéant, vous en
Bénéficiaires	res N° de Sécurité Sociale Organisme d'affiliation								on		Régime*	Principal (1)		2) Affilié (3)	Coti	sation
☐ Principal											nogilio	T Tillorpai (1)	Conjoint	2) 7111110 (0)		
☐ Conjoint																
☐ Enfant 1					ш											
☐ Enfant 2																
☐ Enfant 3 ☐ Enfant 4																
☐ Enfant 4																
1) Adhérent principal	(2) Conjoint (3) Affilié au nom	de l'ad	dhérent ou du c	onioint										us-total		
* Indiquer le régime obliga	atoire : SS (sécurité sociale),							Réduction	(cocher s	si applica	able) : 🔲 Co	uple 7% [
	cole (Exploitant Agricole), Alsace Moselle compris famille monoparentale							Frais	d'associ	iation, d	'assistance e	et de courta	age (pa	r mois)***	2,	50€
														ensuelle		
											Frais de do	ossier (prél	èvemei	nt unique)	2	0€
IJH ACCII	DENT		Indomnication	Indomnicat	tion Inde	mnicatio	n Indemnisati	on Indomnis	ation Inde	mnicatio	ın İndomnisatio	n Indomnies	ation Ind	omnication	Indomnication	Indemnisation
	cas d'hospitalisation suite à un accident equ'à 80 ans inclus à l'adhésion	t*)														100€ /jour
Bénéficiaires	qu a oo ans inclus a radiicsion		Cotisation	Cotisati	on Cot	isatio	n Cotisatio	on Cotisa	tion Co	tisatio	n Cotisation	n Cotisat	ion Co	otisation	Cotisation	Cotisation
☐ Adhérent princip	oal		□ 2,48€	□ 2,91		3,34€				6,36 €				3,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €
☐ Conjoint			□ 2,48€	□ 2,91	€□	3,34€	□ 4,63€	€ □ 5,5	0€ □	6,36 €	□ 7,22 €	□ 7,6 6	§€ □	3,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €
Enfants uniquement s Enfant 1	i souscription par l'adhérent princi	pal ou	le conjoint □ 2,48€	□ 2,91	£	3,34€	□ 4,63€	€ □ 5,5	0 <i>E</i>	6,36 €	7,22 €	7,66	£ _	3,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €
Enfant 2			□ 2,48€	2,91		3,34€ 3,34€				6,36 €				8,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €
☐ Enfant 3			□ 2,48€	□ 2,91		3,34€				6,36 €		, , , ,		38,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €
☐ Enfant 4			□ 2,48€	□ 2,91		3,34€				6,36 €				3,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €
☐ Enfant 5			□ 2,48€	□ 2,91	€ □	3,34€	□ 4,63€	€ □ 5,5	0€ □	6,36 €	7,22 €	□ 7,66	6€ □	3,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €
Choisissez les personne	es protégées (exemple : Adhérent principa	l + enfa	ant 1) • Cochez la	case correspo	ındante à l'	ndemnité	choisie (exemple	: 40 € /jour)				Cotisat	ion m	ensuelle		
		Indon	mnication Inda	mulaatian	Indonesia	otion le	ndomniootion	Indomnicati	an Indom	nication	Indomniaation	Indomnicati	on Indo	mulaatian	Indomnication	Indomniaction
□ IJH ACCII	DENT (Suite)										Indemnisation 160€ /jour					
Bénéficiaires		Coti	isation Co	tisation	Cotisa	tion (Cotisation	Cotisatio	n Cotis	ation	Cotisation	Cotisatio	n Co	tisation	Cotisation	Cotisation
Adhérent princip	oal		-	11,54€	☐ 11,9		□ 12,40€	□ 13,27		1,13€	□14,99€	□ 16,29			□ 17,58€	□ 18,45€
Conjoint Enfants uniquement s	i souscription par l'adhérent princi			11,54€	□ 11,9)7€ [□ 12,40€	□ 13,27	€ □ 14	1,13€	□ 14,99 €	□ 16,29	€ □	16,72€	□ 17,58 €	□ 18,45 €
Enfant 1	i oodoonpaon pai i auncient pillici			11,54€	□ 11,9	97€	□ 12,40€	□ 13,27 €	€ □14	1,13€	□ 14,99 €	□16,29	€□	16,72€	□ 17,58€	□18,45€
☐ Enfant 2				11,54€	□ 11,9			□ 13,27			□14,99€	□16,29			□ 17,58 €	□ 18,45 €
☐ Enfant 3		□1	10,68€ □	11,54€	□11,9	97€ [□ 12,40€	□ 13,27	€ □14	1,13€	□14,99€	□16,29	€□	16,72€	□ 17,58€	□ 18,45€
☐ Enfant 4		□1	-	11,54€	□11,9	97€ [□ 12,40€	□ 13,27		1,13€	□ 14,99 €	□16,29			□ 17,58€	□ 18,45€
☐ Enfant 5		□1	10,68€ □	11,54€	□ 11,9	17€ [□ 12,40€	□ 13,27	€ □14	1,13€	□ 14,99 €	□ 16,29	€ □	16,72€	□ 17,58€	□ 18,45€

• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)

DEMANDE D'ADHÉSION

									Exem	plaire à co	nserver p	ar l'adhér	ent 2/2
CAPITAL DÉCÈS/ PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus	15 000 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	75 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
☐ Adhérent principal	□3,36€	□4,20€	□5,04€	□5,88€	□6,72 €	□7,56€	□9,24€	□10,92€	□12,60€	□13,44€	□14,28€	□15,96€	□17,64€
☐ Conjoint	□3,36€	□4,20€	□5,04€	□5,88€	□6,72 €	□7,56€	□9,24€	□10,92€	□12,60€	□13,44€	□14,28 €	□15,96€	□17,64€
		-	-	-						Cotisation r	nensuelle		
"Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit pa survivant de l'Assuré non séparé de corps judiciaire	ment, à défaut les	enfants de l'Assuré	i, nés ou à naître, v	e naissance, tous vivants ou représer	les prénoms, dates ntés, à défaut les h	s et lieu de naissan éritiers de l'Assuré	ice, adresse compl i.	ète et quote-part é	ventuelle. À défaut	d'une telle désigr	nation : le bénéficia	ire en cas de décè	s est le le conjoin
□ NÉOLIANE INNOV'SANTÉ (d													
☐ INDEMNITÉS JOURNALIÈRI	ES EN CAS	D'HOSPITAL	LISATION (s	uite à un a	ccident un	iquement)							
☐ CAPITAL DÉCÈS / PTIA* CA	PITAL PAR	ACCIDENT											
* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie						Frais d'a	ssistance,	d'associati	on et de co	urtage (pa	r mois)***	2.	50€
									OTISATION				
					Frais de	dossier (nr	élèvement						20€
					11010 00	иооон (рі	Olovollioni	uniquo, c	mort or uni	provojan	00 0001100		200
MODE ET PÉRIODICIT			T										
PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT MODE DE PAIEMENT DATE DE PRÉLÈVEN													
Trimoctriollo	□ Trimestriolle □ Annuelle □ □												
reporter a l'article 19 Protection des donnese personn lequel lis n'ort pas de relations contractuelles pré ll est porté à la connaissance de l'adhérent que le "" 0,186/mois de cotisation assistance, 0,056/mo FAIT À	Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé point et mes Agnatis doit présentes sur la présente demande d'adhésion. Je déclare avoir requis sur support durable et pris conniaissance des Notices et dies statuts mentionnées à raprès : pour les garanties du contrat Prévoyance en valant contitions générales pour de satuts de ménionnées à raprès : pour les garanties du contrat Prévoyance norme Nétolaine Innovê anté, la Notice valant conditions générales pour chacune des garanties du contrat Prévoyance norme Nétolaine Prévoir Décès, la Notice valant conditions générales pour chacune des garanties du contrat Prévoyance norme Nétolaine Prévoir Décès, la Notice valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites. Jatelse être informéle) de mon droit mentionné à l'article L112-2-1 il du Code des assurances, de renoncer à mon adhésion dans les conditions et dras le délai préva par la Notice valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites. Jatelse être informéle) de mon droit mentionné à l'article L112-2-1 il du Code des assurances, de renoncer à mon adhésion dans les conditions et dras le délai préva par la Notice valant cond sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y a faites. Je déclare avoir et des l'adhésions et l'adhésions et l'adhésion des déclarations et mentions que j'u faites. Je déclare avoir des l'adhésions et des l'adhésions et l'adhésions e											phonique par un; - CS 61311 - 41 urs de l'exécution - L'exécution	rofessionnel ave (1013 Blois Cede) contractuelle. IRÉ AU TITRE PORTANT élèvement SEP/
Identification du paye	ur												
Nom/prénoms	ui					Adress	Se l						
Code postal	Ville					Adiess	50	Pay	3				
Coordonnées du compte à débit								ı ayı					
		numáro d'id	antification i	ntornational	du compte	hancaira)			Fait à				
IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire) le													
BIC (Bank Identifier Code – Code	e internation								signatur	е			
		Type	de paiement	: Palement	récurrent / r	répétitif 🗸							
Identification de l'adh	érent (si d	lifférent du p	ayeur)										
Nom/prénoms						Adresse							
Code postal	Ville							P	ays				
Identification du créa	ncier				ification férence Unique (dat (réserv	é à NÉOLIAN	IE SANTÉ)				
143 Boulevard René Cassin – In	nmeuble No	ıvel'R - Bat	C										
06200 Nice							r votre échéancier						
06200 Nice La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier Référence de contrat FR24ZZZ870ADF La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier Référence de contrat													

EQC1074A_DA_07/2023

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apuration de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information de votre contrat.

Vous bénéficiez du droit d'être rembourse par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors, être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prébevement autorisé. Le cas de prélèvement non autorisé, cette denande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Produit distripué par NEOLIANE SANTÉ – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 0600 NICE – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice sous le N° B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 0 9 050 488 (www.orias.fr).

Produit santé assuré par L'EQUITÉ – 2 rue Pillet-Will - 75009 PARIS – SA au capital de 26 469 320 € – RCS Paris sous le N° 0 572 004 697 00059 – Entreprise régie par le Code des assurances – Sociéé appartenant au Groupe GENERAL limmatriculé sur le registre Italien des groupes d'assurances sous le N° 026



NÉOLIANE SANTÉ

NÉOLIANE INNOV'SANTÉ

PRODUIT SANTÉ NON RESPONSABLE

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par le courtier distributeur 1/2

Affaire nouvelle	Avenant

143 Boulevard René Cassin Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 NICI www.monneoliane.fr Tél.: 04 92 17 53 58												ributeur : listribute		
⚠ Tous les champs de ce bulletin son	obligatoire	s.						Ī						
ADHÉRENTS - L'adhérent principa	l doit être â	gé à l'a	dhésion (de 18 ans m	ninimum						OBL	IGATOIRE		
(si plus de 5 enfants à assurer, remplir u	n second fo	rmulai	re d'adhé	ésion)					E-mail clier	nt :				
NOM		F	RÉNOM		NÉ(E) LE	SE	EXE	L	IEU DE N	AISSA	NCE DE L	L'ADHÉREN	T
Adhérent principal							□м	I□F	Ville de nais	sance :				
Conjoint							□м		Code Postal					
Enfant 1							□м	I□F	Pays de nais					
Enfant 2							□м	I□F		COORD	ONNE	S DE L'A	DHÉRENT	
Enfant 3							□М		N° de téléph					
Enfant 4							□М	I□F	Adresse :					
Enfant 5							□М	I□F	Code Postal	:		Ville	:	
Date d'effet souhaitée	(complémen	taire sai	nté)	□ IS 1	votre adhésion nous sommes rance actuel. Al serez préalable date de récepti	on par Neonan	le certifica on de vou: effet de vo Si vous n' ne Santé d	ie ia demand	ar votre assureur r. Si vous résiliez v ne permanence de contrat est susce e complémentaire de d'adhésion sigr	votre contrat e couverture exptible de var santé, la dat iée.		i titre de votre mul de couve modification est fixée au p		n infra annuelle, contrat d'assu- contrat d'assu- chéant, vous en e jour suivant la
Bénéficiaires N° de	Sécurité So	té Sociale Organisme d'affiliation								e (Ayant			Cot	isation
☐ Principal	1 , ,	1 .	1 11	, 1 1 1	II i i	11	. []		Régime*	Principal (1)) Conjoint	(2) Affilié (3)	
□ Conjoint														
☐ Enfant 1														
☐ Enfant 2														
Enfant 3														
Enfant 4													-	
Enfant 5												us total		
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié au * Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale),	iom de l'adnere	nt ou au	conjoint			Réduction	(cocher	r ci annlic	able) : 🔲 Cou	ınla 7%		ous-total		
TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace Mo ** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale	selle								l'assistance et					.50€
								, , ,			- "	ensuelle		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
									Frais de do	ssier (prél	lèveme	nt unique)) 2	20€
THE ACCIDENT														
(Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un ac	cident*)								ir 70€ /jour					
Adhésion possible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhé Bénéficiaires	31011		_	-	ion Cotisati		-		n Cotisation			otisation	-	Cotisation
Adhérent principal		2,48€						□ 6,36 €				3 8,09 €	□ 8,95 €	
□ Conjoint		2,48€						☐ 6,36 €		-		3,09€	□ 8,95 €	-
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent p		-			1 —									T
☐ Enfant 1		2,48€						☐ 6,36 €	-			38,09€	□ 8,95 €	<u> </u>
☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3		2,48€ 2,48€	-					⊒ 6,36 € ⊒ 6,36 €	-			☐ 8,09 € ☐ 8,09 €	□ 8,95 €	-
☐ Enfant 4		2,48€						6,36 €			_	3 8,09 €	□ 8,95 €	
☐ Enfant 5		2,48€			-			□ 6,36 €				3,09€	□ 8,95 €	
Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent protégées)	ncipal + enfant 1)	Cochez I	a case corresp	ondante à l'indemi	nité choisie (exempl	e : 40 € /jour)				Cotisat	tion m	ensuelle		
☐ IJH ACCIDENT(Suite)					Indemnisation				Indemnisation 160€ /jour					Indemnisation
Bénéficiaires	_			Cotisation					Cotisation			•		Cotisation
Adhérent principal]11,54€	-	□12,40€	□13,27		14,13€		□ 16,29		16,72€	□17,58€	□18,45€
Conjoint	☐ 10,6		11,54€	□11,97€	□ 12,40€	□ 13,27	€ □	14,13€	□ 14,99€	□ 16,29	€	16,72€	□ 17,58€	□ 18,45€
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent p Enfant 1	rincipal ou le co]11,54€	□11,97€	□12,40€	□13,27	€ □-	14,13€	□14,99€	□ 16,29	€ □	16,72€	□ 17,58€	□18,45€
□ Enfant 2	□ 10,6]11,54€]11,54€		□ 12,40€	□ 13,27 □ 13,27		14,13€		☐ 16,29		16,72 €	□ 17,58 €	-
☐ Enfant 3	□ 10,6	_	11,54€	,	□12,40€	□ 13,27	_			☐ 16,29	_	16,72 €		
☐ Enfant 4	□10,6		11,54€			□13,27			-	□ 16,29		16,72€		

☐ Enfant 5

• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)

□10,68€ □11,54€ □11,97€ □12,40€ □13,27€ □14,13€ □14,99€ □16,29€ □16,72€ □17,58€ □18,45€

Cotisation mensuelle

DEMANDE **D'ADHÉSION**

Mederation of the form values Collection								Exempla	iire à cons	erver par	le courtie	r distribut	eur 2/2	
Continue to the continue of	CAPITAL PAR ACCIDENT	15 000 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	75 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
Control Cont	Bénéficiaires													_
Content of the Con	Adhérent principal		,				-	· ·				-	,	,
TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES NEGUANE INNOYSANTÉ (complémentaire sante) DIRIGHAME INNOYSANTÉ (complémenta	☐ Conjoint	□ 3,36 €	□4,20€	□ 5,04 €	□ 5,88 €	□ 6,72 €	□7,56€	□9,24€	□10,92€		-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	□15,96€	□17,64€
TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES Implementation Complementaries cannot	*Porte Totale et Irréversible d'Autonomie									(Cotisation r	nensuelle		
DEDURNITES JOURNALIBERES BY CAS DY HISSTITUSIATION (suite à un accident uniquement)	Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par survivant de l'Assuré non séparé de corps judiciairer	ment, à défaut les	enfants de l'Assuré	é, nés ou à naître, v	le naissance, tous vivants ou représei	les prénoms, dates ntés, à défaut les h	s et lieu de naissan éritiers de l'Assuré	ice, adresse compl ś.	ète et quote-part é	ventuelle. À défaut	d'une telle désigr	nation : le bénéficia	ire en cas de décè	s est le le conjoin
CAPITAL DESCRIPTION CAPITAL PARK ACCIDENT														
Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance coche Prist de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance coche	☐ INDEMNITÉS JOURNALIÈRE	ES EN CAS	D'HOSPITAI	-	suite à un a	occident un	iquement)							
Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance cochée 20 € MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT DATE DE PRÉLÈVEMENT		PITAL PAR	ACCIDENT								. ,	• >		F0.6
MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT Morause de la Sementrielle Par prélèvement Date De PAIEMENT DATE DE	* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie						Frais d'a	ssistance,					2.	50€
MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAILEMENT PRODUCTE DE PAILEMENT DATE DE PRÉLÉVEMENT DATE DE PRÉLÉVEMENT						Evoio do	dossion (no	úlàuamant						20.6
PERIODICITE DE PALEMENT Controlle Periodicite Peri						rrais de	dossier (pr	eleveillelli	umque) - c	Jilert Si ulie	e prevoyan	ce cocilee		20€
Mansuelle Part profession Part profession updries as a protein common common delicitor in contra cont				IT		3.00	DE DE DAIR	-BAFNIT			DA	re de doéi i		
□ Immestrate □ Im											DA			
Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion) CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DU COMJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE LIH ACCIDENT Merci de nous retourner le présent mandat de présent mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) Identification du créancier Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)	☐ Trimestrielle	☐ Annue	elle											
Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion) CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DU COMJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE LIH ACCIDENT Merci de nous retourner le présent mandat de présent mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) Identification du créancier Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)	Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la pré même et mes Ayants droit présents sur la présente de : EOC1074A, MI O7/2023, des informations relative valant conditions générales pur descune des garantis sincères toutes les informations fournies dans le prése	sente demande d'a emande d'adhésion s aux frais de gesti tatuts de l'associat es souscrites. J'attr ent document. J'ai o	adhésion, je certifie . Je déclare avoir ro on et au taux de re ion GPST. Pour les este être informé(e) conscience que la s	on GPST (Groupem lu contrat Santé noi tion GPST. Pour les sée 1/066 et les sta onditions et dans le lare être informé(e)	ent pour la Prévoya mmé Néoliane Inno garanties du contr atuts de l'associatio délai prévu par la que toute réticence	ance et la Santé po ov'Santé, la Notice v rat Prévoyance nom on GPST. Je certifie Notice valant cond e ou fausse déclara	ur Tous) à laquelle j valant conditions gé inné Néoliane Préve conserver un exen itions générales. Je tion pourra entraîne	l'adhère, pour mo inérales référencé enir Hospi, la Notice nplaire des Notice e déclare exactes (er, suivant le cas.)						
Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion) CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DU COMJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE LIH ACCIDENT Merci de nous retourner le présent mandat de présent mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) Identification du créancier Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)	cères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que l'y a faites, Je déclare être informé(e) que route réference un temperation de la management de constaints conformément aux dispositions des articles 11:13-8 et 11:13-9 et Clorde des assurances. Je suis informétiq ou caractère collégations et éve éponses aux questions posées. Les emboursements ou les indemnisations des materies de l'absent produiser leurs est entre suis entre first dans la intractien suprès en produiser leurs produisert leurs effets dans la intrinité de chaque grantait quelle que soit sa daté de souscription. Dans cette limité, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adresant à l'org s'onnées personnelles; Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de l'adhésion santé Médiane Innov Santé font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'EQUITE en tant qui l'Assureur à l'exception des opérations suivantes consent les expections. Les essentiels est Médiane Santé, en ant que Défeataire de cestion sousviroite des consens techniques et essentiels est Médiane Santé en part qui l'Assureur à l'exception des opérations suivantes de l'adhésion s'estat de l'adhésion s'estat de l'adhésion s'estat de destinaire de cestion s'ession de la vie du contrat : encasissement et recoverment des oriens exception et solvent en des des des consistents de l'adhésion s'estat d'adhésion s'estat												les frais occasionné sociale. Les garantie organisme de son d tes dont le respons es sinistres : gestio	is par une Maladi es de même natu choix. <u>La protectic</u> sable de traiteme on des réclamation
(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion) CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DU COMJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE LIH ACCIDENT Merci de maratat, vous autorisez Néoliane Santé, gestionnaire de votre contrat à anvoyer des instructions à vête banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte ordiformément aux complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise instructions de Néoliane Santé. Identification du payeur Nom / prénoms Code postal Coordonnées du compte à débiter : BAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire) BIC (Bank Identification de l'adhérent (si différent du payeur) Nom / prénoms Code postal Ville Identification du rééancier Adresse Code postal Ville Pays Identification du rééancier Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) RUM rééternez Unique de Manda)	dites de niveau 1 ; archivages des pièces de gestion utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des r contrat ou de mesures précontractuelles. Ces informa informations pourront être utilisées pour permettre la li	et documents com ecours et de gestio utions auront égaler utte contre la fraud	otables. Le traiteme in des réclamations nent pour finalité la e à l'assurance. Ce	ent des données a s et contentieux, d' a lutte contre le bla s traitements ont co	pour finalité la réal examen, d'appréci nchiment des capit omme base juridiqu	lisation de mesures ation, de contrôle, l aux et le financeme ue l'intérêt légitime.	précontractuelles, de surveillance du ent du terrorisme a Dans les condition	d'actes de souscri risque et à des fins insi que le respect s prévues par la rég	ption et de résiliation d'études statistiques des obligations règ plementation : vous	on le cas échéant, o les et actuarielles. (lementaires. Ces tra disposez du droit d	de gestion et d'exé Ces traitements on aitements ont com e prendre connaiss	cution ultérieure du it comme base jurid me base juridique l sance des informati	i contrat. À ce titre, dique le consentem le respect des oblig ons vous concernai	elles pourront êtr nent, l'exécution d pations légales. Ca nt et le cas échéa
Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion) CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DU COMJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL En signant ce formulaire de mardat, vous autorisez Médiane Santé, gestionnaire de votre contrat à envoyer des instructions aver banque pour délibrer votre compte et vivre banque à délibrer votre compte cridomément aux complét et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise instructions de Médiane Santé. IMPORTANT Merci de nous retourner le présent mandat de prélèvement Sur compté et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise instructions de Médiane Santé. Identification du payeur Nom/ prénoms Code postal Ville Pays Identification de l'adhérent (el différent du payeur) Nom/ prénoms Code postal Ville Pays Identification du créancier Identification du créancier Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) RUM référence Unique de Mandat)	de demander a les comger notamment en cas de char que vous nous avez fournies lorsque ces demières so C – 06200 NICE; adresse email : dpo@neoliane.f et informations médicales, vous accentez le traiter	ngement de situation nt nécessaires au c fr. Pour plus d'info ment des données	n ; vous disposez é ontrat ou lorsque v rmations sur le tr s de santé nécess	egalement du droit (vous avez consenti : raitement de vos d saires à l'exécutio	de demander d'effa à l'utilisation de ce lonnées et sur vos n du contrat, ce ti	acer ou de limiter l'u s données. Vous po s droits, notamme raitement avant co	itilisation de vos doi ouvez exercer ces nt par l'Equité en omme fondement	nnees notamment I droits sur simple qualité d'Assureu juridique le conse	orsque ces demier demande à l'adre r, nous vous invito entement. Pour PR	es ne sont plus nec esse suivante : Néo ens à consulter <u>l'ar</u> EPAR-IARD, assure	essaires. Enfin, vou bliane Santé – 14 <u>rticle 21 de la No</u> eur du contrat Néol	is pouvez recuperer 3 Boulevard René tice d'information. liane Prévenir Hoso	dans un format str : Cassin – Immeul : En nous adressa i et Prévenir Décès	ucture les donne ble Nouvel'R - B nt vos documen s vous nouvez vou
Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion) CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL SIGNATURE DU COMJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE LIH ACCIDENT Merci de nous retourner le présent mandat de présent mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) Identification du créancier Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)	reporter à l'article 18 Protection des données personn lequel ils n'ont pas de relations contractuelles pré Il est porté à la connaissance de l'adhérent que le *** 0,18€/mois de cotisation assistance, 0,05€/moi	elles des Notices d' existantes, peuve présent contrat e s de cotisation pou	information référer nt s'inscrire gratu st fourni de mani ir l'association et 2	ncées 2/032 et 1/0 itement sur la list ère exclusivement 2,27€/mois de frai	66. Opposition au e d'opposition au : électronique. En s de courtage	démarchage télép démarchage télép signant la présen	ohonique : les con ohonique sur le si te demande d'adh	śommateurs qui n te internet www.b nésion, l'Adhérent	ne souhaitent pas lloctel.gouv.fr ou p reconnait explicit	faire l'objet de pro par courrier auprès ement qu'il ne po	spection commer s de : WORLDLINI urra exiger l'usag	ciale par voie télé E - Service Blocte e du papier au co	phonique par un p I - CS 61311 - 41 urs de l'exécution	rofessionnel ave 1013 Blois Cede contractuelle.
Mandat de prélèvement SEPA En signant de formulaire de mandat, vous autorisez Mediane Santé, gestionnaire de votre compte des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Mediane Santé. Identification du payeur														
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Néoliane Santé, gestionnaire de votre compte des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Néoliane Santé. Identification du payeur Nom/prénoms Code postal BIC (Bank Identification de l'adhérent (si différent du payeur) Nom/prénoms Identification de l'adhérent (si différent du payeur) Nom/prénoms Identification de l'adhérent (si différent du payeur) Nom/prénoms Code postal Ville Pays Identification du réservé à NÉOLIANE SANTÉ Identification du créancier Nédolane Santé. Merci de nous retourner le présent mandat de prévement Strucmplet de signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorise complété et signé. Les prélèvement Set	CACHET ET VISA DU COURTIER	DISTRIBUTEU	3		SIGI	NATURE DE L'A	DHÉRENT PRIN	ICIPAL		SIGNATI				IRÉ AU TITRE
Nom / prénoms Code postal Ville Pays Coordonnées du compte à débiter: IBAN (International Bank Account Number — numéro d'identification international du compte bancaire) BIC (Bank Identifier Code — Code international d'identification de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ✓ Identification de l'adhérent (si différent du payeur) Nom / prénoms Code postal Ville Pays Identification du créancier NÉOLIANE SANTÉ Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) RUM (Référence Unique de Mandat)	En signant ce formulaire de mandat, vous auto instructions à votre banque pour débiter votre	orisez Néoliane	Santé, gestionn		-				CC				nt mandat de pr	rélèvement SEP
Code postal Coordonnées du compte à débiter: IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire) BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Identification de l'adhérent (si différent du payeur) Nom / prénoms Code postal Ville Pays Identification du créancier NÉOLIANE SANTÉ RUM (Référence Unique de Mandat)		ur					Adress	20						
Coordonnées du compte à débiter : BAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire) BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Identification de l'adhérent (si différent du payeur) Nom/prénoms Code postal Ville Pays Identification du créancier NÉOLIANE SANTÉ RUM (Référence Unique de Mandat)		Ville					7101000	~	Pav	S				
BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Identification de l'adhérent (si différent du payeur) Nom/prénoms Code postal Ville Pays Identification du créancier NÉOLIANE SANTÉ Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) RUM (Référence Unique de Mandat)														
BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Identification de l'adhérent (si différent du payeur) Nom/prénoms Code postal Ville Pays Identification du créancier NÉOLIANE SANTÉ Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) RUM (Référence Unique de Mandat)	IBAN (International Bank Account	t Number –	numéro d'id	lentification i	nternational	du compte	bancaire)							
Identification de l'adhérent (si différent du payeur) Nom/prénoms Code postal Ville Identification du créancier NÉOLIANE SANTÉ NÉOLIANE SANTÉ NÉOLIANE SANTÉ NÉOLIANE SANTÉ														
Nom/prénoms Code postal Ville Pays Identification du créancier NÉOLIANE SANTÉ RUM (Référence Unique de Mandat) Adresse Pays	BIC (Bank Identifier Code – Code	e internation				récurrent / ı	répétitif 🗸			Signatui	е			
Code postal Ville Pays Identification du créancier NÉOLIANE SANTÉ Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) RUM (Référence Unique de Mandat)	Identification de l'adh	érent (si d	lifférent du p	ayeur)										
Identification du créancier NÉOLIANE SANTÉ Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) RUM (Référence Unique de Mandat)	Nom/prénoms						Adresse							
NÉOLIANE SANTÉ RUM (Référence Unique de Mandat)	Code postal	Ville							P	ays				
440 D D		ncier						dat (réserv	é à NÉOLIAN	NE SANTÉ)				
143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C	143 Boulevard René Cassin – Im	nmeuble No	ıvel'R - Bat	С										
06200 Nice Identification Créancier SEPA (ICS): FR24ZZZ870ADF La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier Référence de contrat FR24ZZZ870ADF	Identification Créancier SEPA (IC	S) :						r votre échéancier						

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apuration de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information de votre contrat.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.



NÉOLIANE INNOV'SANTÉ

PRODUIT SANTÉ NON RESPONSABLE

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par Néoliane Santé 1/2

2

NÉOLIANE SANTÉ

143 Boulevard René Cassin Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE www.monneoliane.fr

Tél.: 04 92 17 53 58

☐ Affaire nouvelle	☐ Avenant
Code courtier distributeur :	
Nom du courtier distributeur :	

riangle Tous les champs de ce bulletin sont ol	\Tous les champs de ce bulletin sont obligatoires.														
ADHÉRENTS - L'adhérent principal d	oit être âgé à	ı l'adhésion d	le 18 ans m	inimum					OBLIC	GATOIRE					
(si plus de 5 enfants à assurer, remplir un s	second formu	ılaire d'adhé	sion)				E-mail clie	nt :							
NOM		PRÉNOM		NÉ(E)	LE	SEXE	ı	LIEU DE NA	AISSAN	ICE DE L	'ADHÉRENT				
Adhérent principal						□ M □ F	Ville de nai	ssance :							
Conjoint						□M□F	Code Posta	l :							
Enfant 1						□M□F	Pays de na	issance : .							
Enfant 2						□M□F		COORDO	ONNÉES	S DE L'A	DHÉRENT				
							NO do délémbono .								
Enfant 3						□M□F	Adresse :								
Enfant 4						□M □F	Code Postal :								
Enfant 5						□M□F	Code Posta	I :		ville	:				
Date d'effet souhaitée Sous réserve de l'acceptation de cette date par votre assureur actuel et du paiement de la première cotisation. La date d'effet de votre adhésion figurera dans le certificat d'adhésion. Si vous résiliez votre contrat actuel au titre de votre droit à résiliation infra annuelle nous sommes dans l'obligation de vous assurer une permanence de couverture sans cumul de couverture avec votre contrat d'assurance actuel. Aussi, la date d'effet de votre nouveau contrat est susceptible de varier, sans modification de tarif. Le cas échéant, vous en serez préalablement informé. Si vous n'avez pas de complémentaire sanié, la date d'effet est fixée au plus tôt au sixième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.															
□ NÉOLIANE INNOV'SANTÉ (complémentaire	santé)	□ IS 1	□ IS 2		3	□ IS 4	□IS	5		6	□ IS 7			
Bénéficiaires N° de Sé	curité Socia	le		Organisme	d'affiliation		Régin	ne (Ayant	droit)		Cotis	sation			
	curre occia			Organismo ·	a ammation		Régime*	Principal (1)	Conjoint (2	2) Affilié (3)		Sation			
Principal															
Conjoint															
Enfant 1					<u> </u>										
Enfant 2															
Enfant 3															
Enfant 4															
Enfant 5															
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié au nom * Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale),	i de l'adherent ot	i du conjoint			Dáduation (o	aabar ai annii	aabla). 🗆 Ca	lo 70/ [us-total					
TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace Moselle ** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale					•		cable) : 🔲 Co d'assistance e	•			21	50€			
Si au moins i emant, y compris ramine monoparentale					riais u	assuciation,	u assistance t			nsuelle	2,	JU E			
							Frais do de	ossier (prél			2	0€			
							Traio do d	occioi (proi	0 1 0 111 0 11	t umquo,		0.0			
☐ IJH ACCIDENT	Indemnis	ation Indemnisat	ion Indemnisat	tion Indemnisati	on Indemnisati	on Indemnisati	on Indemnisatio	on Indemnisa	ation Inde	emnisation	Indemnisation	Indemnisation			
(Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accide Adhésion possible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhésion	nt*) 4 E C /:	our 20€/jo													
Bénéficiaires		tion Cotisati	on Cotisati	on Cotisatio	n Cotisatio	on Cotisatio	n Cotisatio	n Cotisat	ion Co	tisation	Cotisation	Cotisation			
Adhérent principal	□ 2,4	8€ □2,91								8,09 €	□ 8,95 €	□ 9,81 €			
☐ Conjoint	□ 2,4	8€ □2,91	€ □3,34	€ 4,63€	€ □ 5,50	€ □ 6,36	€ □7,22 €	7,66	3€ □	8,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €			
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent princ	ipal ou le conjoir	nt				-					·	,			
☐ Enfant 1	□ 2,4	8€ □ 2,91	€ 3,34	€ 4,63€	□ 5,50		€ □7,22 €		3€ □	8,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €			
☐ Enfant 2	□ 2,4			-						8,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €			
☐ Enfant 3	□ 2,4		€ 3,34						_	8,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €			
☐ Enfant 4	□ 2,4							7,66	3€ □	8,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €			
☐ Enfant 5	□ 2,4	8€ □ 2,91	€ 3,34	€ 4,63€	€ □ 5,50	€ □ 6,36	€ □ 7,22 €	7,66	§€ □	8,09€	□ 8,95 €	□ 9,81 €			
Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent princip	al + enfant 1) • Coc	hez la case correspo	ndante à l'indemni	ité choisie (exemple	: 40 € /jour)			Cotisat	ion me	nsuelle					
☐ IJH ACCIDENT(Suite)		Indemnisation										Indemnisation			
		120€ /jour				_		•			190€ /Jour Cotisation	200€ /Jour Cotisation			
Bénéficiaires Adhérent principal	Cotisation □ 10,68€		Cotisation ☐ 11,97€	Cotisation ☐ 12,40€	Cotisation ☐ 13,27 €	Cotisation ☐ 14,13 €		Cotisatio			☐ 17,58 €	□ 18,45 €			
☐ Conjoint	□10,68€	□11,54€	□ 11,97€	□ 12,40€	□ 13,27 €	□ 14,13 €	□ 14,99 €	□ 16,29	_	6,72€	□ 17,58 €	□ 18,45 €			
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent princ				_ 12,100				0,20	- -	c					
☐ Enfant 1	□10,68€	□11,54€	□11,97€	□12,40€	□13,27€	□14,13€	□14,99€	□ 16,29	€ 🗆1	6,72€	□ 17,58€	□18,45€			
☐ Enfant 2	□10,68€	□11,54€	□11,97€	□12,40€	□ 13,27 €	□14,13€	□14,99€	□ 16,29	€ 🗆1	6,72€	□ 17,58€	□ 18,45€			
☐ Enfant 3	□10,68€	□11,54€	□11,97€	□12,40€	□13,27€	□14,13€	□14,99€	□16,29	€ 🗆1	6,72€	□ 17,58€	□ 18,45€			
☐ Enfant 4	□10,68€	□11,54€	□11,97€	□12,40€	□13,27€	□14,13€	□14,99€	□ 16,29	€ □1	6,72€	□ 17,58€	□18,45€			
☐ Enfant 5	□10,68€	□11,54€	□11,97€	□12,40€	□13,27€	□14,13€	□14,99€	□ 16,29	€ 🗆 1	6,72€	□ 17,58€	□ 18,45€			

• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)

DEMANDE **D'ADHÉSION**

Exemplaire à conserver par Néoliar											éoliane Sa	inté 2/2	
CAPITAL DÉCÈS/ PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus		20 000 €	25 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	75 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
Bénéficiaires	Cotisation C	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation		Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
Adhérent principal	□ 3,36 €	□ 4,20 €	□ 5,04 €	□ 5,88 €	□6,72€	□7,56€	□9,24€	□10,92€	□12,60€	□13,44€	□14,28€	□15,96€	□17,64€
☐ Conjoint	□ 3,36 €	□ 4,20 €	□5,04€	□5,88€	□6,72€	□7,56€	□9,24€	□10,92€	□12,60€	□13,44€	□14,28€	□15,96€	□17,64€
									(Cotisation n	nensuelle		
"Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit pa survivant de l'Assuré non séparé de corps judiciaire	ement, à défaut les en	nfants de l'Assuré	é, nés ou à naître, v	de naissance, tous l vivants ou représer	les prénoms, dates ntés, à défaut les h	et lieu de naissan éritiers de l'Assuré	ice, adresse compl i.	ète et quote-part é	ventuelle. À défaut	d'une telle désign	ation : le bénéficia	ire en cas de décè:	s est le le conjoint
TOTAL DES COTISAT	IONS ME	ENSUEL	LES										
☐ NÉOLIANE INNOV'SANTÉ (c ☐ INDEMNITÉS JOURNALIÈRI				suite à un a	ccident un	iauement)							
☐ CAPITAL DÉCÈS / PTIA* CA						1,							
* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie						Frais d'a	ssistance,	d'associati	on et de co	urtage (pa	r mois)***	2.	50€
						Traio a a	ooiotaiioo,		OTISATION	- "			000
					Frais de	dossier (nr	élèvement						20€
					i i ais uc	иозысі (рі	CICVCIIICIIL	umque) - c	inert Si une	pievoyani	oe cooliee		20 €
MODE ET PÉRIODICIT			IT								E DE PRÉLÈ		
	PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT ☐ Mensuelle ☐ Semestrielle ☐ Par prélèvement												
☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle	☐ Semesi				□5 □	□10							
contracties auprès de plusieurs organismes assureur des domés personnelles. Les domés a caractère concernant les moyers techniques et essentiels est hittes de niveau 1; archivages des pitiess de gestion tillisées à des fins de recouverment, d'exercice des countrat ou de mesures précontractuelles. Ces informe informations pourront être utilisées pour permettre la de demandre à les opurront et en utilisées pour permettre la de demandre à les ouvers précontractuelles. Ces informes que vous nous avez fournies instraule en cas de cha que vous nous avez fournies instraule cape d'intéres so C – 06200 NICE; adresse email : dpo@neoliane. et informations médicales, you sa coceptez le traite reporter à l'article 18 Protection des données personn lequel lis n'ont pas de relations contractuelles pré il est porté à la connaissance de l'adhérent que le "" 0,186/mois de cotisation assistance, 0,056/mo FAIT À	Pour Cacume de mes adhésions spódifiées aur la présente demande d'adhésion, je cettife les points suvents ; le demande men adhésion au contrat collectif à adhésion facultative sousent per l'Association GPST (Groupement pur la Prévagance et le Santé même et mes Ayents d'obt prévagance à la présente demande d'adhésion, je cettife les points suvents d'après pour les garanties du contrat Senté de l'activité d											organisme de son c'ales dont le respons se disea dont le respons se sinistres ; gestion consentement. A ce titre, ciquie le consenteme ne sous concernar dans un format sim promotion de la presentation de la proposition del la proposition de la proposition de la proposition del la proposition de la p	shok. La protection able de traitement des réclamations able de traitement des réclamations elles pourront être ent, l'exécution du ations légales. Ces les échéant ucturé les données le Nouvell' R. Bai trivos documents vous pouvez vous rofessionnel avec 013 Blois Cedex contractuelle.
Mandat de prélèv En signant ce formulaire de mandat, vous a Innov'Santé à envoyer des instructions à votre compte conformément aux instructions de Né	autorisez Néoliane e banque pour déb	e Santé, gesti						cc	N omplété et signé.			nt mandat de pre	
Identification du paye	eur												
Nom/prénoms						Adress	se						
Code postal	Ville							Pay	S				
Coordonnées du compte à débit	ter:								Foit à				
IBAN (International Bank Accoun	nt Number – ni	uméro d'id	entification i	international	du compte l	bancaire)			Fait à				
									le				
BIC (Bank Identifier Code - Code	e international			re banque) t : Paiement		_7			signatur	е			
	, .												
Identification de l'adh	ierent (si dif	fférent du p	ayeur)										
Nom/prénoms						Adresse							
Code postal	Ville							Pa	ays				
Identification du créa				Idonti	fication			/	IE CANITÉ				
	nci <u>er</u>			IUCIILI	IIGaliuli	du man	dat (réserv	e a NEULIAN	VL SAIVILI				
NEOLIANE SANTE	ncier 				férence Unique d		dat (réserv	e a NEULIAN	NL SANTL)				
NÉOLIANE SANTÉ 143 Boulevard René Cassin – In		vel'R - Bat	C	RUM (Réi	férence Unique o	de Mandat)		e a NEULIAN	VL SAIVIL)				
143 Boulevard René Cassin – In 06200 Nice	mmeuble Nouv	vel'R - Bat (C	RUM (Réi	férence Unique o	de Mandat) e ultérieurement su		e a Neulian	VL SAIVIL)				
143 Boulevard René Cassin – In 06200 Nice Identification Créancier SEPA (IC	mmeuble Nouv	vel'R - Bat (C 	RUM (Réi	férence Unique o	de Mandat) e ultérieurement su		e a NEULIAN	VL SAIVIL)				
143 Boulevard René Cassin – In 06200 Nice	mmeuble Nouv	vel'R - Bat (С	RUM (Réi	férence Unique o	de Mandat) e ultérieurement su		e a Neulian	VL SAIVIL)				

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apuration de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous leinfeitice du droit d'information de votre contrat.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avez elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre comple pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2022.

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

ss lite oins s en	r							The second secon
	IC 1	IC 2	10.0	IC A	IC E	IC G	IC 7	

W HOSPITALISATION		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
FORFAIT JOURNALIER	Dépense	20€	20€	20€	20€	20€	20€	20€
HOSPITALIER (hébergement)	Remboursement du RO	0€	0 €	0€	0€	0€	0 €	0€
(Hobergonions)	Remboursement Néoliane	20€	20€	20€	20€	20€	20€	20€
	RESTE À CHARGE	0€	0€	0€	0€	0€	0€	0€
CHAMBRE PARTICULIÈRE	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
(sur demande du patient)	Remboursement du RO	0€	0 €	0€	0€	0€	0 €	0€
	Remboursement Néoliane	0€	40 €	50 €	60 €	60 €	70 €	80 €
	RESTE À CHARGE			Selor	n dépense enga	agée		

Séjours avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.

FRAIS DE SÉJOUR EN	Dépense	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €
SECTEUR PRIVÉ	Remboursement du RO	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €
	Remboursement Néoliane	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €	24€
	RESTE À CHARGE	0€	0€	0€	0€	0€	0€	0€

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 745.54€

			Honoi	raires medecin	s adherents OF	IAM ou OPIAN	N-CO	
OPÉRATION EN SECTEUR	Dépense	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
PRIVÉ: honoraires chirurgien	Remboursement du RO	271,70 €	271,70€	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
oriir drigiori	Remboursement Néoliane	0€	67,93 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €	15,37 €	0€	0€	0€	0€	0€

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

			Honoraires m	édecins secteı	ır 2 (non adhér	ents OPTAM οι	i optam-co)	
OPÉRATION EN SECTEUR	Dépense	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €
PRIVÉ: honoraires chirurgien	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70€	271,70€	271,70€	271,70 €	271,70 €
or in drylor i	Remboursement Néoliane	0€	13,58 €	81,51 €	149,44 €	175,30 €	175,30 €	175,30 €
	RESTE À CHARGE	175,30 €	161,72€	93,79 €	25,86 €	0€	0€	0€

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

Séjours sans actes lourds

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

		Exemple d'ur	ı suivi d'une pne	eumonie ou ple	urésie pour un p	oatient de plus d	de 17 ans, en hô	ipital public.
RAIS DE SÉJOUR EN	Dépense	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €

FRAIS DE SÉJOUR EN	Dépense	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €
SECTEUR PUBLIC	Remboursement du RO	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €
	Remboursement Néoliane	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €
	RESTE À CHARGE	0€	0€	0€	0€	0€	0€	0€

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 3 270,12€

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

DENTAIRE		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
				Soins et	prothèses 100	% santé		
POSE D'UNE COURONNE	Dépense							
CÉRAMO-MÉTALLIQUE	Remboursement du RO			Ce produit ne c	ontient pas d'of	fre 100% santé		
sur incisives, canines et premières prémolaires	Remboursement Néoliane							
100% SANTÉ ase de remboursement du Régime Obligatoire :								
ise de remboursement du negime obligatoire .	120€			Soins	(hors 100% s	anté)		
DÉTARTRAGE	Dépense	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38
	Remboursement du RO	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37
	Remboursement Néoliane	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01
	RESTE À CHARGE	0€	0€	0€	0€	0€	0€	0€
ase de remboursement du Régime Obligatoire : «	43,38€			Prothès	ses (hors 100%	santé)		
COURONNE CÉRAMO-	Dépense	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48€	537,48 €	537,48 €	537,48
MÉTALLIQUE DEUXIÈMES	Remboursement du RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25€	75,25 €	75,25
PRÉ-MOLAIRES	Remboursement Néoliane*	0€	150 €	250 €	350 €	450 €	462,23 €	462,23
	RESTE À CHARGE	462,23 €	312,23 €	212,23 €	112,23 €	12,23€	0€	0€
ase de remboursement du Régime Obligatoire :	107,50€			Orthodo	ntie (moins de	16 ans)		
TRAITEMENT PAR	Dépense	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €
SEMESTRE (6 max.)	Remboursement du RO	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50
	Remboursement Néoliane*	0,00 €	150,00 €	250,00 €	350,00 €	450,00 €	526,50 €	526,50
	RESTE À CHARGE	526,50 €	376,50 €	276,50 €	176,50 €	76,50 €	0€	0€
ase de remboursement du Régime Obligatoire : ontant du remboursement alloué en Dentaire sous rese		des Auditives et en Onti	que au cours de l'année	e d'adhésion pour l'Assu	ré concerné (et sans pri	se en compte des éventi	uels bonus fidélité)	
-3 OPTIQUE								10.7
RO UP HUUE		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
3 01 11402				۷.				
	Dánagea			Équip	ements 100%	santé		
	Dépense Remboursement du RO			Équip	ements 100%	santé		
VERRES SIMPLES ET MONTURE	Remboursement du RO					santé ffre 100% santé		
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100€)	Remboursement du RO Remboursement Néoliane							
VERRES SIMPLES ET MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE							
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE ase de remboursement du Régime Obligatoire :	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE							
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) 100% SANTE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 €			Ce produit ne c	ontient pas d'ol	ffre 100% santé		
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) 100% SANTE Asse de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limité à 100¢)	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane			Ce produit ne c	ontient pas d'ol			
VERRES SIMPLES ET MONTURE (1) PAR VERRE (2) MONTURE (limitée à 1006) 100% SAMTE Rise de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (1) PAR VERRE (2) MONTURE (limite à 1006)	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE			Ce produit ne c	ontient pas d'ol	ffre 100% santé		
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) 100% SANTE Asse de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limité à 100¢)	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE			Ce produit ne c	ontient pas d'ol	ffre 100% santé ffre 100% santé		
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) SANTE 100% SANTE ses de remboursement du Régime Obligatoire : :	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 €	100 €(+) + 139 €(+)	100 € (*) + 139 € (*)	Ce produit ne c	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100	ffre 100% santé ffre 100% santé		100€(+)+13
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE USE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) SANTE USE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 €	100 € ⁽⁰⁾ + 139 € ⁽¹⁾ 0,09 €	100 € ^(o) + 139 € ^(c) 0,09 €	Ce produit ne c	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100	ffre 100% santé ffre 100% santé % santé)		
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) SANTE 100% SANTE ses de remboursement du Régime Obligatoire : :	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense			Ce produit ne c Ce produit ne c Équipem	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 $100 \in (0) + 139 \in (0)$	ffre 100% santé ffre 100% santé % santé) 0 100€ + 139€ (1)	100 € (+) + 139 € (+)	0,09
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE	0,09€	0,09€	Ce produit ne c Ce produit ne c Équipem 100€ ⁽⁹⁾ + 139€ ⁽¹⁾ 0,09 €	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € (*) + 139 € (*) 0,09 €	ffre 100% santé ffre 100% santé 9% santé) 1000€(*) + 139€(*) 0,09 €	100 € ⁽⁺⁾ + 139 € ⁽⁺⁾ 0,09 €	0,09 (
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE USE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) SANTE USE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 €	0,09 € 0,00 € 338,91 €	0,09 € 150 € 188,91 €	Ce produit ne c Équipem 100 € (*) + 139 € (*) 0,09 € 250 € 88,91 €	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € (*) + 139 € (*) 0,09 € 338,91 € 0,00 €	ffre 100% santé ffre 100% santé % santé) 100€ + 139€ 0 0,09 € 338,91€ 0,00 €	100 €°' + 139 €°' 0,09 € 338,91€ 0,00 €	0,09 = 338,91 0,00 =
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense : Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense :	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € (*) + 139 € (*)	0,09 € 150 € 188,91 € 231 €(°) + 139 €(°)	Ce produit ne c Équipem 100€°+139€° 0,09€ 250€ 88,91€	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100€°+139€° 0,09€ 338,91€ 0,00€	ffre 100% santé ffre 100% santé (% santé) 100€ (0 + 139€ (0) 100€ 231€ (0 + 139€ (0) 231€ (0)	100 €° + 139 €° 0,09 € 338,91€ 0,00 € 231 €° + 139 €°	0,09 € 338,91 0,00 €
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100€) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100€) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 2 Remboursement Néoliane**	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € + 139 € 0 0,09 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € • + 139 € • 0,09 €	Ce produit ne c Équipem 100 € + 139 € 6 0,09 € 250 € 88,91 € 0,09 €	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € (*) + 139 € (*) 0,09 € 338,91 € 0,00 €	ffre 100% santé ffre 100% santé % santé) 100€ ⁽⁺⁾ + 139€ ⁽⁺⁾ 0,00€ 231€ ⁽⁺⁾ + 139€ ⁽⁺⁾ 0,09€	100 € ° + 139 € ° 0,09 € 338,91€ 0,00 € 231 € ° + 139 € ° 0,09 €	0,09 € 338,91 0,00 € 231 €(*) + 13
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 2 Remboursement du RO Remboursement Néoliane**	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € 0 + 139 € 0 0,09 € 0,00 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € ⁽⁰⁾ + 139 € ⁽⁰⁾ 0,09 € 150 €	Equipem 100 € \(^{\text{o}} + 139 € \(^{\text{o}} \) 250 € 250 € 250 €	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € ° + 139 € ° 0,00 € 231 € ° + 139 € ° 0,09 € 350 €	ffre 100% santé ffre 100% santé % santé) 0,09 € 338,91€ 0,00 € 0,09 € 450 €	100 € \(^0\) + 139 € \(^0\) 0,09 € 338,91 € 0,00 € 231 € \(^0\) + 139 € \(^0\) 0,09 € 550 €	0,09 € 338,91 0,00 € 231 € (*) + 13 0,09 € 600,91
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100€) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100€) SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 2 Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € + 139 € 0 0,09 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € • + 139 € • 0,09 €	Ce produit ne c Équipem 100 € + 139 € 6 0,09 € 250 € 88,91 € 0,09 €	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € • + 139 € • 0 0,09 € 338,91 € 0,09 € 350 € 250,91 €	ffre 100% santé ffre 100% santé % santé) 100€ ⁽⁺⁾ + 139€ ⁽⁺⁾ 0,00€ 231€ ⁽⁺⁾ + 139€ ⁽⁺⁾ 0,09€	100 € ° + 139 € ° 0,09 € 338,91€ 0,00 € 231 € ° + 139 € ° 0,09 €	0,09 € 338,91 0,00 € 231 € (*) + 13 0,09 € 600,91
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE ASE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) 100% SANTE ASE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE ASE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 2 Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € 0 + 139 € 0 0,09 € 0,00 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € ⁽⁰⁾ + 139 € ⁽⁰⁾ 0,09 € 150 €	Equipem 100 € \(^{\text{o}} + 139 € \(^{\text{o}} \) 250 € 250 € 250 €	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € ° + 139 € ° 0,00 € 231 € ° + 139 € ° 0,09 € 350 €	ffre 100% santé ffre 100% santé % santé) 0,09 € 338,91€ 0,00 € 0,09 € 450 €	100 € \(^0\) + 139 € \(^0\) 0,09 € 338,91 € 0,00 € 231 € \(^0\) + 139 € \(^0\) 0,09 € 550 €	0,09 € 338,91 0,00 € 231 € (*) + 1 0,09 € 600,91
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE ASE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) TON SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 €	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € + 139 € 0 0,09 € 0,00 € 600,91 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € (*) + 139 € (*) 0,09 € 150 € 450,91 €	Equipem 100 € ° + 139 € ° 0,09 € 250 € 88,91 € 0,09 € 250 € 350,91 €	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € ° + 139 € ° 0,09 € 338,91 € 0,09 € 350 € Lentilles	ffre 100% santé ffre 100% santé ffre 100% santé 9% santé) 0,09 € 338,91€ 0,00 € 0,09 € 450 € 150,91 €	100 € \(\theta\) + 139 € \(\theta\) 0,09 € 338,91€ 0,00 € 231 € \(\theta\) + 139 € \(\theta\) 0,09 € 550 € 50,91 €	0,09 € 338,91 0,00 € 231 €(*) + 13 0,09 € 600,91 0,00 €
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE RES de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) 100% SANTE RES de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE RES de remboursement du Régime Obligatoire : (*) VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE RES de remboursement du Régime Obligatoire : (*) VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane PRESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € (0 + 139 € (1)) 0,09 € 0,00 € 600,91 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € (*) + 139 € (*) 0,09 € 150 € 450,91 €	Ce produit ne c Équipem 100€ + 139€ 0,09 € 250 € 88,91 € 0,09 € 250 € 350,91 €	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100€°+139€° 0,09€ 338,91€ 0,00€ 231€°+139€° 0,09€ 350€ 250,91€ Lentilles NC	ffre 100% santé ffre 100% santé ffre 100% santé (% santé) 100€ ↔ + 139€ ↔ 0,09 € 338,91€ 0,00 € 450 € 150,91 €	100 € ° + 139 € ° 100 € ° + 139 € ° 100 € ° 1	0,09 € 338,91 0,00 € 231 € (*) + 1 0,09 € 600,91 0,00 €
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE ASE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) TON SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense : Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense : Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense : RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 €	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € + 139 € 0 0,09 € 0,00 € NC 0 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € 0 + 139 € 0 0,09 € 150 € 450,91 € NC 0 €	Equipem 100 € \(\text{o} + 139 € \(\text{o} \) 250 € 350,91 € 250,00 €	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € •• + 139 € •• 0,09 € 338,91 € 0,09 € 231 € •• + 139 € •• 0,09 € 250,91 € Lentilles NC 0 €	ffre 100% santé ffre 100% santé ffre 100% santé ffre 100% santé 0,09 € 338,91€ 0,00 € 450 € NC 0 € 450,00 €	100 € ° + 139 € ° 0,09 € 338,91€ 0,00 € 231 € ° + 139 € ° 0,09 € 550 € 50,91 € NC 0 €	0,09 € 338,91 0,00 € 231 € (*) + 1 0,09 € 600,91 0,00 €
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE ASE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) TON SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 2 Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 3 Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 €	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € + 139 € 0 0,09 € 0,00 € NC 0 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € 0 + 139 € 0 0,09 € 150 € 450,91 € NC 0 €	Equipem 100 € \(\text{o} + 139 € \(\text{o} \) 250 € 350,91 € 250,00 € 250,00 €	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € **) + 139 € ** 0,09 € 338,91 € 0,09 € 350 € 250,91 € Lentilles NC 0 € 350,00 € 1 dépense eng	ffre 100% santé 0,09 € 338,91€ 0,00 € 450 € 150,91 € NC 0 € 450,00 €	100 € ° + 139 € ° 0,09 € 338,91€ 0,00 € 231 € ° + 139 € ° 0,09 € 550 € 50,91 € NC 0 €	0,09 € 338,91 0,00 € 231 € (*) + 13 0,09 € 600,91 0,00 €
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE ASE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) TON SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 2 Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 2 Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € ** + 139 € ** 0,09 € 0,00 € NC 0 € 0,00 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € (*) + 139 € (*) 0,09 € 150 € 450,91 € NC 0 € 150,00 €	Equipem 100 € \circ + 139 € \circ 0,09 € 250 € 88,91 € 250 € 350,91 € Ch	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € 0 + 139 € 0 0,09 € 338,91 € 0,09 € 350 € 250,91 € Lentilles NC 0 € 350,00 € 1 dépense eng	ffre 100% santé ffre 100% santé (% santé) (100€) + 139€(1) (100€) + 139€(1) (100€) (100€) + 139€(1) (100€) (100€) + 139€(1) (100€) (100€) + 139€(1) (100€) (100€) + 139€(1) (100 € ° + 139 € ° 0,09 € 338,91€ 0,00 € 231 € ° + 139 € ° 0,09 € 550 € 50,91 € NC 0 € 550,00 €	0,09 € 338,91 0,00 € 231 € (*) + 1: 0,09 € 600,91 0,00 €
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 1006) RESE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 1006) RESE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE RESE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE RESE de remboursement du Régime Obligatoire : LENTILLES NON TEMBOURSÉES PAR LE RO	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 2 Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 3 Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE Dépense Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE Dépense	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € + 139 € 0 0,09 € 0,00 € NC 0,00 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € + 139 € + 0,09 € 150 € 450,91 € NC 0 € 150,00 €	Ce produit ne c Équipem 100 € • + 139 € • 0,09 € 250 € 88,91 € 0,09 € 250 € 350,91 € NC 0 € 250,00 € Seloi	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € 0 + 139 € 0 0,09 € 338,91 € 0,09 € 350 € 250,91 € Lentilles NC 0 € 350,00 € 1 dépense enguirurgie réfraction	ffre 100% santé ffre 100% santé ffre 100% santé % santé) 0,09 € 338,91€ 0,00 € 450 € 150,91 € NC 0 € 450,00 € jagée ive	100 € ° + 139 € ° 0,09 € 338,91€ 0,00 € 231 € ° + 139 € ° 0,09 € 550 € 50,91 € NC 0 € 550,00 €	0,09 € 338,91 0,00 € 231 € (*) + 13 0,09 € 600,91 0,00 € NC 0 € 650,00
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limitée à 100¢) SANTE ASE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE (limite à 100¢) TON SANTE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE SEE de remboursement du Régime Obligatoire : VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Remboursement du RO Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 12,75 € par verre + 9 € Dépense Remboursement Néoliane RESTE À CHARGE 27 € par verre + 9 € Dépense Remboursement du RO Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 2 Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense 2 Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE 0,05 € par verre + 0,05 € Dépense Remboursement Néoliane** RESTE À CHARGE	0,09 € 0,00 € 338,91 € 231 € ** + 139 € ** 0,09 € 0,00 € NC 0 € 0,00 €	0,09 € 150 € 188,91 € 231 € (*) + 139 € (*) 0,09 € 150 € 450,91 € NC 0 € 150,00 €	Equipem 100 € \circ + 139 € \circ 0,09 € 250 € 88,91 € 250 € 350,91 € Ch	ontient pas d'of ontient pas d'of ents (hors 100 100 € 0 + 139 € 0 0,09 € 338,91 € 0,09 € 350 € 250,91 € Lentilles NC 0 € 350,00 € 1 dépense eng	ffre 100% santé ffre 100% santé (% santé) (100€) + 139€(1) (100€) + 139€(1) (100€) (100€) + 139€(1) (100€) (100€) + 139€(1) (100€) (100€) + 139€(1) (100€) (100€) + 139€(1) (100 € ° + 139 € ° 0,09 € 338,91€ 0,00 € 231 € ° + 139 € ° 0,09 € 550 € 50,91 € NC 0 € 550,00 €	0,09 € 338,91 0,00 € 231 € (0) + 13 0,09 € 600,91 0,00 € NC 0 € 650,00

EXEMPLES **DE REMBOURSEMENTS**

® AIDES AUDITIVES		10.4	10.0	10.0	10.4	10.5	10.0	10.7
M VIDES AUDITIVES		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
40.UD-1.1-1.	Dánanas			Équipements	100% santé			
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ	Dépense							
	Remboursement du RO Remboursement Néoliane		C	e produit ne co	ntient pas d'offi	re 100% santé		
100% SANTÉ								
SANTÉ Base de remboursement du Régime Obligatoire : 40	•	ns.						
			Éq	uipements (ho	rs 100% santé)		
ÉQUIPEMENTS	Dépense	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
(HORS 100% SANTÉ)	Remboursement du RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	Remboursement Néoliane***	0,00€	150,00 €	250,00 €	350,00 €	450,00 €	550,00 €	650,00 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 40	RESTE À CHARGE 0€ par oreille pour un patient de plus de 20 a	1 236,00 €	1 086,00 €	986,00€	886,00 €	786,00 €	686,00€	586,00 €
***Montant du remboursement alloué aux Aides Auditives s			aire au cours de l'année	d'adhésion pour l'Assur	é concerné (et sans pris	se en compte des éven	uels bonus fidélité)	
(‡) SOINS COURANTS		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
	Dépense	25 €	Honoraires I	neaecins sea 25 €	teur 1 (génér 25 €	alistes ou sp 25 €	ecialistes) 25 €	25 €
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE	Remboursement du RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
pour un patient de plus de 18 ans	Remboursement Néoliane	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
To alls	RESTE À CHARGE	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 25								
	Dépense	32€	32 €	32€	32 €	32€	32 €	32€
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
6 ans	Remboursement Néoliane	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32	RESTE À CHARGE	0€	0€	0€	0€	0€	0€	0€
	Dépense	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie,	Remboursement Néoliane	9€	9€	9€	9€	9€	9€	9€
dérmatologie, etc.)	RESTE À CHARGE	1€	1€	1€	1€	1€	1€	1€
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30	€		Honorair	roe módooine	adhérents OF	TAM ou ODT	\M_CO	
	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
CONSULTATION PÉDIATRE	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
pour enfant de moins de 6 ans	Remboursement Néoliane	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
O di io	RESTE À CHARGE	0€	0€	0€	0€	0€	0€	0€
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32								
CONSULTATION MÉDECIN	Dépense	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophalomologie, dermatologie, etc.)	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
(gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc.)	Remboursement Néoliane	9€	9€	16,50 €	23 €	23 €	23 €	23 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30	RESTE À CHARGE €	15€	15 €	7,50 €	1€	1€	1€	1€
, ,		Ho	noraires médo	ecins secteur	2 (non adhér	ents OPTAM	ou OPTAM-CO)
CONSULTATION PÉDIATRE	Dépense	55€	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €	55€
pour enfant de 2 à 16 ans	Remboursement du RO	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €
	Remboursement Néoliane	6,90 €	6,90 €	8,05 €	13,80 €	13,80 €	19,55 €	25,30 €
Raca da rambourcement du Dácimo Obligateiro CO	RESTE À CHARGE	32 €	32 €	30,85 €	25,10 €	25,10 €	19,35 €	13,60 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23	€ Dépense	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €
CONSULTATION MÉDECIN	Remboursement du RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc.)	Remboursement Néoliane	6,90 €	6,90 €	8,05 €	13,80 €	13,80 €	19,55 €	25,30 €
dermatologie, etc.)	RESTE À CHARGE	35 €	35 €	33,85 €	28,10 €	28,10 €	22,35 €	16,60 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23						,		
	Dépense	25,80 €	25,80 €	Ma 25,80 €	tériel médica 25,80 €	I 25,80 €	25,80 €	25,80 €
AOUAT DUINE DAIDE DE	Remboursement du RO	25,60 €	25,60 € 14,64 €	25,60 €	25,60 €	25,60 €	25,60 €	25,60 €
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	Remboursement Néoliane	0€	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €
	RESTE À CHARGE	11,16 €	9,70 €	9,70 €	9,70 €	9,70 €	9,70 €	1,40 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 24		1.,100	.,10 €	., 10 0	1,10 €	.,-10 €	.,-0 €	.,40 €

LES SOLUTIONS POUR LA PRÉVOYANCE

Néoliane prévenir accident

IJH : Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation par accident

Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence. Pour faire face au quotidien, bénéficiez du versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident.

à partir de 2,48 € par mois,

vous bénéficiez des avantages suivants:

- Versement d'une allocation allant jusqu'à 200 €/jour
- Durée maximum de garantie : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 82 ans inclus
- · Possibilité d'assurer vos enfants







	Allocation	Cotisation mensuelle par Assuré ⁽¹⁾
IJ 15	15€ /jour	2,48 €
IJ 20	20€/jour	2.91€
IJ 25	25€ /jour	3.34€
IJ 40	40€/jour	4.63€
IJ 50	50€/jour	5.50€
IJ 60	60€ /jour	6.36€
IJ 70	70€/jour	7.22€
IJ 75	75€ /jour	7.66€
IJ 80	80€/jour	8.09€
IJ 90	90€/jour	8.95€
IJ 100	100€ /jour	9.81€
IJ 110	110€ /jour	10.68€
IJ 120	120€ /jour	11.54€
IJ 125	125€ /jour	11.97€
IJ 130	130€ /jour	12.40€
IJ 140	140€ /jour	13.27€
IJ 150	150€ /jour	14.13€
IJ 160	160€ /jour	14.99€
IJ 175	175€ /jour	16.29€
IJ 180	180 € /jour	16.72€
IJ 190	190€ /jour	17.58€
IJ 200	200€ /jour	18.45€

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2022

Caractéristiques de l'offre IJH:

- Aucune formalité médicale
- Franchise de 24 heures
- Allocation totalement exonérée d'impôts
- Formule cumulable à tout type de garantie
- Offre accessible jusqu'à 80 ansinclus à l'adhésion



ANNULATION DE VOTRE ADHÉSION EN CAS DE DÉMARCHAGE À **DOMICILE**

L'envoyer par courrier

Date et signature

ANNULATION DE VOTRE ADHÉSION EN CAS DE DÉMARCHAGE À	« Je soussigné(e)
DOMICILE	Nom :Prénom :
En application du Code de la consommation, articles L.121-23 à L.121-2. Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-contre.	Demeurant : Code Postal : Ville : Ville :
Conditions : Compléter et signer ce formulaire L'envoyer par courrier	Nature des biens ou des services commandés :
Utiliser l'adresse figurant au dos 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	Date de l'adhésion : Numéro d'adhérent :
ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.	déclare renoncer à mon adhésion au contrat susvisé et demande le remboursement des

cotisations versées.»



Complémentaire santé

www.monneoliane.fr



Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 NICE - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice N°B 510 204 274 - Intermédiaire en assurances - Immatriculé à l'Orias

274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le № 09 050 488 (www.orias.fr).

Produit assuré par **L'ÉQUITÉ** – 2 rue Pillet-Will - 75009
PARIS – SA au capital de 26 469 320 € – RCS Paris N°B 572 084 697 00059 – Entreprise régie par le Code des assurances – Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre Italien des groupes d'assurances sous le № 026.

Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de París - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SÅ au capital de 157 000 000 € entièrement libéré – RCS Niort N°481 511 632 – Entreprise régie par le Code des assurances.

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

143 Boulevard René Cassin Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE,