

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane
TONIK

PREPAR
ASSURANCE

**DEMANDE
D'ADHÉSION**

Complémentaire Santé
et Prévoyance

DES GARANTIES AU MEILLEUR TARIF

Une adhésion à **partir de 18 ans, sans limite d'âge et en toute simplicité** : aucune formalité administrative ni médicale.

LES POINTS
FORTS DU
PRODUIT

DE NOMBREUX AVANTAGES FIDÉLITÉ

Néoliane TONIK répond à vos attentes et vos besoins en proposant des réductions avantageuses pour les couples (-7 %) et les familles* (-10 %).

DES GARANTIES VARIÉES POUR TOUS LES PROFILS

Vous êtes assurés pour tout type de soins et bénéficiez notamment d'une prise en charge pour la chambre particulière, la médecine naturelle ou encore la cure thermale.

DES BONUS FIDÉLITÉ POUR TOUTE LA FAMILLE

Votre fidélité est récompensée avec Néoliane TONIK ! Vos garanties en hospitalisation, dentaire, soins courants et aides auditives seront augmentées dès la 2ème année d'adhésion.

DES SERVICES INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

- **Services d'assistance** : IMA Assistance
- **Services médicaux complémentaires** : MedecinDirect et Deuxièmeavis.fr

* Si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale)



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). Les forfaits exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, par Assuré.

HOSPITALISATION

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)						
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) en SSR ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	120%	140%	165%	190%	215%
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115%	135%	155%	180%	205%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130%	150%	170%	195%	220%
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145%	165%	185%	210%	235%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100%	120%	145%	170%	195%
Chambre particulière (hors ambulatoire) ⁽³⁾	-	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour
Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) ⁽³⁾	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait patient urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

DENTAIRE

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

Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**						
Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**						
Soins						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁵⁾	100 %	100%	120 %	140 %	165 %	190 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	140%	165 %	190 %	215 %	240 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	155 %	180 %	205 %	255 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	270 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145%	185%	210%	235%	285%
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	140%	165 %	190 %	215 %	240 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	155 %	180 %	205 %	255 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	270 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145%	185%	210%	235%	285%
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁶⁾	Illimité	800 €	1000 €	1200 €	1400 €	1600 €

OPTIQUE ⁽⁷⁾

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

Équipements 100% Santé**						
Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé						
Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**						
Monture et verres (Équipement de la Classe B - Panier Libre)*** :						
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	125€	125€	150€	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200€	200€	225 €	225 €	250 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100€	100€	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées ou refusées par le RO (par an) ⁽⁸⁾	100 %	50€	50€	50 €	75 €	75 €

SOINS COURANTS

Médicaments	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
--------------------	-------	------	------	------	------	------

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	120 %	125 %	140 %	165 %	190 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	105 %	105 %	105 %

Actes d'imagerie et d'échographie :

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Honoraires paramédicaux

Analyses et examens de laboratoire

Matériel médical

Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100%	100%	100%	100%	100%	125 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	-	-	125 %	125 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	115 %	115 %	115 %	140 %	140 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130%	130%	130%	155%	155%
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	125 %



100% SANTÉ AIDES AUDITIVES (9)

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

Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**		Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre		100 %	100 %	100 %	120 %	120%
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	110%	110%	110%	130%	130%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	120%	120%	120%	140%	140%
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130%	130%	130%	150%	150%

AUTRES SOINS

Cure thermique (10)	100 %	100% + 50 €	100% + 50 €	100% + 75 €	100% + 75 €	100% + 100 €
Forfait médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, lumbinothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue (par année d'adhésion et par Assuré - limité à 30 € / acte)	30 €	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €

SERVICES

Tiers payant national Viamedis - Remboursements automatisés (Télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr	Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat
Services d'assistance 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

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

- (1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des séjours en gériatrie, des Instituts Médico Pédagogiques, des unités de soins longs séjours (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des soins effectués à des fins esthétiques, des cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales ») et de la thalassothérapie.
- (2) Illimité. Limité à la hauteur de la garantie pendant une durée limitée à 10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 90 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) publics ou privés conventionnés (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), sous réserve de prise en charge de l'Assurance Maladie. Les frais accompagnant lors d'une hospitalisation sont pris en charge pour toute personne quel que soit son âge ou encore pour les malades atteints d'une infirmité.
- (3) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 90 jours. Hors hospitalisation ambulatoire. La chambre particulière et le confort hospi et frais accompagnant sont pris en charge pendant une durée limitée à 10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 30 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) publics ou privés conventionnés (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), sous réserve de prise en charge de l'Assurance Maladie. Les frais accompagnant lors d'une hospitalisation sont pris en charge pour toute personne quel que soit son âge ou encore pour les malades atteints d'une infirmité.
- (4) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
- (5) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.

- (6) Au-delà du plafond dentaire, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (7) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les Assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les Assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'Assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.
- (8) Pour la formule T1 seules les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge. Au-delà du forfait pour les formules, T2, T3, T4, T5 et T6, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale à condition que les lentilles soient prises en charge par le Régime Obligatoire.
- (9) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par Assuré et par période de quatre ans.
- (10) Les soins de cures thermales ainsi que les frais de transports et d'hébergement afférents pris en charge ou non par le RO donnent lieu à un remboursement, dans la limite des garanties de la formule choisie et des frais réellement engagés. Il est entendu que le forfait indiqué en euros est annuel et n'est valable que pour les frais de transport et d'hébergement.

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

**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% SANTÉ sur la page suivante.

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

*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.

Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.

Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -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.



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

DEPUIS LE 1ER JANVIER 2021

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



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



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



ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes

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

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes

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

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE + **MONTURE** À TARIFS LIBRES
ou

MONTURE SANS RESTE À CHARGE + **VERRES** À TARIFS LIBRES



2 DENTAIRE - Panier 100% Santé Zéro reste à charge

Couronnes :

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

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

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

Prothèses amovibles à base de résine



3 AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité

Tous les types d'appareils sont concernés :

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

Les caractéristiques :

4 ans de garantie
30 jours minimum d'essai avant achat
12 canaux de réglage

Au moins 3 des options techniques suivantes :

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



NÉOLIANE SANTÉ

143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE
www.neoliane.fr/service-client
Tél: 04 92 17 53 58

Code distributeur :

Nom du conseiller :

Affaire nouvelle

Avenant

ADHÉRENTS - L'adhérent principal doit être âgé à l'adhésion de 18 ans minimum (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire d'adhésion)

Form with fields for NOM, PRÉNOM, NÉ(E) LE, SEXE, LIEU DE NAISSANCE DE L'ADHÉRENT, and COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT.

Date d'effet santé et prévoyance IJH souhaitée :



Sous réserve de l'acceptation de cette date par votre assureur actuel et du paiement de la première cotisation. La date d'ef-fet de votre adhésion figurera dans le certificat d'adhésion.

NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)

Souscription possible sans limite d'âge

TONIK 1

TONIK 2

TONIK 3

TONIK 4

TONIK 5

TONIK 6

Form with tables for BÉNÉFICIAIRES, RÉGIME (AYANT DROIT), and COTISATION.

IJH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident)

Souscription possible de 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion

Table with columns for BÉNÉFICIAIRES and COTISATION, showing rates for various categories.

DEMANDE D'ADHÉSION

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

Exemplaire à conserver par l'adhérent 2/2

❶	<input type="checkbox"/> NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)	
❷	<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)	
	Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***	2.50 €
	COTISATION TOTALE MENSUELLE	
	Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance cochée	20 €

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT		MODE DE PAIEMENT	DATE DE PRÉLÈVEMENT
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Par prélèvement	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10

Chaque membre de l'association adhère à 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 (Groupe pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) auprès de PREPAR-IARD de laquelle j'adhère, pour moi-même et mes ayants droit présents sur la demande d'adhésion au contrat santé et prévoyance. Pour chacune de mes adhésions spécifiées dans la présente demande d'adhésion, je déclare avoir reçu sur support durable, avoir pris connaissance et accepter les dispositions des notices et des statuts mentionnés ci-après : Pour les garanties du contrat Santé nommé Néoline TONIK, la Notice validant conditions générales référencée 2/030, des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 28 de cette notice, ainsi que les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoline Hospit'Accident, la notice validant conditions générales référencée 2/013 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoline Cap Accident, la notice validant conditions générales référencée 1/061 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices validant conditions générales pour chacune des garanties souscrites ainsi que le tableau de garanties pour le contrat de Santé. Je certifie avoir pris connaissance de mon droit de renonciation des articles L 112-9 et L 112-21 du Code des assurances. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice. Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que la Notice validant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus. Mes contrats sont renouvelables par tacite reconduction à chaque échéance annuelle ou au 31 décembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUA GESTION. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit (complémentaire santé, UH, capital décès) bénéficiaire de son propre numéro et certificat d'adhésion. Le fractionnement des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel). J'atteste être à jour de mes cotisations auprès de mon Assurance Maladie Obligatoire. Si votre Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Salariés non agricoles, l'adhésion au contrat santé vous donne droit aux avantages fiscaux accordés en vertu de la loi Madelin (loi n° 94-126 du 11/02/1994). Je déclare exactes et 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 ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant les cas, la nullité des cotisations contractées et des prestations dues, la résiliation de mon contrat et l'annulation de mon droit à l'assurance. Toutes les cotisations contractées sont collectées sous forme de cotisations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur sous le nom de l'Eligé. Elles sont destinées à être utilisées par la police d'assurance dans le cadre de l'échelle Automatique d'Information et de Réassurance. Je reconnais que la présente demande d'adhésion est soumise à la loi relative au droit de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations. Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat ((i), (v), (vi)), l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales ((iii), (viii)). Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne, dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne ou dans des pays tiers. Les traitements opérés depuis les pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique spécifique (Clauses contractuelles types, Règles d'entreprise contraignantes). Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la prescription des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire.

Vous pouvez personnellement ou de votre nom (particulièrement protégées, pressions et traités uniquement par voie postale ou spécifiquement en vertu des lois relatives à la confidentialité réglementaire). Vous pouvez également vous adresser à un tiers agissant pour votre compte, d'opérations de traitement de données personnelles, si vous donnez votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exécution d'un tel mandat. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Nélodie Santos - 43 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel R – Bat C - 06200 Nice ; adresse email : tout@mediane.fr. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mail (mil.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenay – TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter à tout moment, l'article 23 de la notice d'information sur le traitement des données à caractère personnel, sur notre site internet <https://www.prepar-vie.fr/donnees-personnelles/>, puis l'annexe sur le traitement de vos données et sur vos données, notamment par IMA, en tant qu'Assisteur, nous vous invitons à consulter les conditions générales de votre contrat d'assurance. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Wordline. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité. Vous pouvez vous inscrire sur cette liste d'opposition au démarchage téléphonique par mail (mil.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : Wordline – Service Bloctel CS 61311 – 41013 Blois Cedex.

*** 0,14€/mois de cotisation assistance, 0,05€/mois de cotisation pour l'association et 2,31€/mois de frais de courtage

FAIT À LE

(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion)

CACHET ET VISA DU COURTIER CONSEIL	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL	SIGNATURE DU CONJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE IJH ACCIDENT
------------------------------------	-----------------------------------	---

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MUTUA GESTION.

IMPORTANT

Merci de nous retourner le présent mandat de prélèvement SEPA complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorisés.

[illegible]

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT
(si différent du payeur)

Nom / prénoms

Adresse

Code postal

Ville

Pays

IDENTIFICATION DU CRÉANCIER	IDENTIFICATION DU MANDAT (réservé à MUTUA GESTION)
MUTUA GESTION - Centre de Gestion Néoliane BP90051 - 31602 MURET CEDEX	RUM (Référence Unique de Mandat) La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier
Identification Créancier SEPA (ICS) : FR17ZZZ495471	Référence de contrat

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par MUTUA GESTION pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à épuisement 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 SANTÉ

143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE
www.neoliane.fr/service-client
Tél : 04 92 17 53 58

Code distributeur :

Nom du conseiller :

☐ Affaire nouvelle

☐ Avenant

ADHÉRENTS – L'adhérent principal doit être âgé à l'adhésion de 18 ans minimum (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire d'adhésion)

NOM	PRÉNOM	NÉ(E) LE	SEXE	LIEU DE NAISSANCE DE L'ADHÉRENT
Adhérent principal			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville de naissance : Code Postal : Pays de naissance :
Conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT

N° de téléphone :
E-mail :
Adresse :
.....
Code Postal :
Ville :

Date d'effet santé et prévoyance IJH 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 santé, la date d'effet est fixée au plus tôt au trentième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

☐ **NÉOLIANE TONIK** (complémentaire santé)

Souscription possible sans limite d'âge

☐ TONIK 1

☐ TONIK 2

☐ TONIK 3

☐ TONIK 4

☐ TONIK 5

☐ TONIK 6

BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME D'AFFILIATION	RÉGIME (AYANT DROIT)				COTISATION
			Régime*	Principal ⁽¹⁾	Conjoint ⁽²⁾	Affilié ⁽³⁾	
<input type="checkbox"/> Principal					
<input type="checkbox"/> Conjoint		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié en son nom * Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace-Moselle ** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale Alsace-Moselle : -40% pour les formules 1, 2 et 3 et -30% pour les formules 4 et 5							Sous-total
Réduction (cocher la case correspondante) : <input type="checkbox"/> Couple 7% <input type="checkbox"/> Famille** 10%							
COTISATION MENSUELLE							

1

☐ **IJH** (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident)

Souscription possible de 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion

BÉNÉFICIAIRES	Indemnisation 15 € /jour	Indemnisation 20 € /jour	Indemnisation 25 € /jour	Indemnisation 40 € /jour	Indemnisation 50 € /jour	Indemnisation 60 € /jour	Indemnisation 90 € /jour	Indemnisation 100 € /jour	Indemnisation 150 € /jour	Indemnisation 200 € /jour
<input type="checkbox"/> Adhérent Principal	<input type="checkbox"/> 2.48 €	<input type="checkbox"/> 2.91 €	<input type="checkbox"/> 3.34 €	<input type="checkbox"/> 4.63 €	<input type="checkbox"/> 5.50 €	<input type="checkbox"/> 6.36 €	<input type="checkbox"/> 8.95 €	<input type="checkbox"/> 9.81 €	<input type="checkbox"/> 14.13 €	<input type="checkbox"/> 18.45 €
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 2.48 €	<input type="checkbox"/> 2.91 €	<input type="checkbox"/> 3.34 €	<input type="checkbox"/> 4.63 €	<input type="checkbox"/> 5.50 €	<input type="checkbox"/> 6.36 €	<input type="checkbox"/> 8.95 €	<input type="checkbox"/> 9.81 €	<input type="checkbox"/> 14.13 €	<input type="checkbox"/> 18.45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 1	<input type="checkbox"/> 2.48 €	<input type="checkbox"/> 2.91 €	<input type="checkbox"/> 3.34 €	<input type="checkbox"/> 4.63 €	<input type="checkbox"/> 5.50 €	<input type="checkbox"/> 6.36 €	<input type="checkbox"/> 8.95 €	<input type="checkbox"/> 9.81 €	<input type="checkbox"/> 14.13 €	<input type="checkbox"/> 18.45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 2	<input type="checkbox"/> 2.48 €	<input type="checkbox"/> 2.91 €	<input type="checkbox"/> 3.34 €	<input type="checkbox"/> 4.63 €	<input type="checkbox"/> 5.50 €	<input type="checkbox"/> 6.36 €	<input type="checkbox"/> 8.95 €	<input type="checkbox"/> 9.81 €	<input type="checkbox"/> 14.13 €	<input type="checkbox"/> 18.45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 3	<input type="checkbox"/> 2.48 €	<input type="checkbox"/> 2.91 €	<input type="checkbox"/> 3.34 €	<input type="checkbox"/> 4.63 €	<input type="checkbox"/> 5.50 €	<input type="checkbox"/> 6.36 €	<input type="checkbox"/> 8.95 €	<input type="checkbox"/> 9.81 €	<input type="checkbox"/> 14.13 €	<input type="checkbox"/> 18.45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 4	<input type="checkbox"/> 2.48 €	<input type="checkbox"/> 2.91 €	<input type="checkbox"/> 3.34 €	<input type="checkbox"/> 4.63 €	<input type="checkbox"/> 5.50 €	<input type="checkbox"/> 6.36 €	<input type="checkbox"/> 8.95 €	<input type="checkbox"/> 9.81 €	<input type="checkbox"/> 14.13 €	<input type="checkbox"/> 18.45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 5	<input type="checkbox"/> 2.48 €	<input type="checkbox"/> 2.91 €	<input type="checkbox"/> 3.34 €	<input type="checkbox"/> 4.63 €	<input type="checkbox"/> 5.50 €	<input type="checkbox"/> 6.36 €	<input type="checkbox"/> 8.95 €	<input type="checkbox"/> 9.81 €	<input type="checkbox"/> 14.13 €	<input type="checkbox"/> 18.45 €
COTISATION MENSUELLE										

2

DEMANDE D'ADHÉSION

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

Exemplaire à conserver par le conseiller 2/2

1	<input type="checkbox"/> NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)	
2	<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)	
Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***		2.50 €
COTISATION TOTALE MENSUELLE		
Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance cochée		20 €

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT	DATE DE PRÉLÈVEMENT
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Par prélèvement	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle		

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 pour Tous) auprès de PREPAR-IARD à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes ayants droit présents sur la demande d'adhésion au contrat santé et prévoyance. Pour chacune de mes adhésions spécifiées dans la présente demande d'adhésion, je déclare avoir reçu sur support durable, avoir pris connaissance et accepter les dispositions des notices et des statuts mentionnés ci-après : Pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane TONIK, la Notice valant conditions générales référencée 2/030, des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 28 de cette notice, ainsi que les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Hospi/Accident, la notice valant conditions générales référencée 2/013 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Cap/Accident, la notice valant conditions générales référencée 1/061 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites ainsi que le tableau de garanties pour le contrat de Santé. Je certifie avoir pris connaissance de mon droit de renonciation des articles L. 112-9 et L. 112-2-1 du Code des assurances. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice. Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus. Mes contrats sont renouvelables par tacite reconduction à chaque échéance annuelle ou au 31 décembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUA GESTION. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit (complémentaire santé, IJH, capital décès) bénéficiera de son propre numéro et certificat d'adhésion. Le fractionnement des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel). J'atteste être à jour de mes cotisations auprès de mon Assurance Maladie Obligatoire. Si votre Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Salariés non agricoles, l'adhésion au contrat santé vous donne droit aux avantages fiscaux accordés en vertu de la Loi Madelin (Loi n° 94-126 du 11/02/1994). Je déclare exactes et 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 ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. Toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Echange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations. Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i), (v), (vii)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii), (iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne, dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne ou dans des pays tiers. Les traitements opérés depuis les pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique spécifique (Clauses contractuelles types, Règles d'entreprise contraignantes). Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE ; adresse email : dpo@neoliane.fr. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mail (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenay – TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à l'article 23 de la notice d'information sur le traitement des données à caractère personnel, sur notre site internet (https://www.prepar-vie.fr/donnees-personnelles/). Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par IMA, en tant qu'Assisteuse, nous vous invitons à consulter les conditions générales de votre contrat d'assurance. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Wordline. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité. Vous pouvez vous inscrire sur cette liste d'opposition au démarchage téléphonique par mail (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : Wordline – Service Bloctel CS 61311 – 41013 Blois Cedex.

*** 0,14€/mois de cotisation assistance, 0,05€/mois de cotisation pour l'association et 2,31€/mois de frais de courtage

FAIT À LE

(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion)

CACHET ET VISA DU COURTIER CONSEIL	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL	SIGNATURE DU CONJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE IJH ACCIDENT
------------------------------------	-----------------------------------	---

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MUTUA GESTION.

IMPORTANT

Merci de nous retourner le présent mandat de prélèvement SEPA complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorisés.

IDENTIFICATION DU PAYEUR	
Nom / prénoms	Adresse
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	
Fait à le signature	

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT (si différent du payeur)	
Nom / prénoms	Adresse
Code postal	Ville
Pays	

IDENTIFICATION DU CRÉANCIER	IDENTIFICATION DU MANDAT (réservé à MUTUA GESTION)
MUTUA GESTION - Centre de Gestion Néoliane BP90051 - 31602 MURET CEDEX	RUM (Référence Unique de Mandat)
Identification Créancier SEPA (ICS) : FR17ZZZ495471	Référence de contrat

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par MUTUA GESTION pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à épuisement 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 SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE
www.neoliane.fr/service-client
Tél : 04 92 17 53 58

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

ADHÉRENTS – L'adhérent principal doit être âgé à l'adhésion de 18 ans minimum (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire d'adhésion)

NOM	PRÉNOM	NÉ(E) LE	SEXE	LIEU DE NAISSANCE DE L'ADHÉRENT
Adhérent principal			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville de naissance : Code Postal : Pays de naissance :
Conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Date d'effet santé et prévoyance IJH 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 santé, la date d'effet est fixée au plus tôt au trentième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

☐ NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)

Souscription possible sans limite d'âge

☐ TONIK 1

☐ TONIK 2

☐ TONIK 3

☐ TONIK 4

☐ TONIK 5

☐ TONIK 6

BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME D'AFFILIATION	RÉGIME (AYANT DROIT)				COTISATION
			Régime*	Principal ⁽¹⁾	Conjoint ⁽²⁾	Affilié ⁽³⁾	
<input type="checkbox"/> Principal							
<input type="checkbox"/> Conjoint				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié en son nom * Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace-Moselle ** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale Alsace-Moselle : -40% pour les formules 1, 2 et 3 et -30% pour les formules 4 et 5							Sous-total
Réduction (cocher la case correspondante) : <input type="checkbox"/> Couple 7% <input type="checkbox"/> Famille** 10%							
COTISATION MENSUELLE							

1

☐ IJH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident)

Souscription possible de 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion

BÉNÉFICIAIRES	COTISATION									
	Indemnisation 15 € /jour	Indemnisation 20 € /jour	Indemnisation 25 € /jour	Indemnisation 40 € /jour	Indemnisation 50 € /jour	Indemnisation 60 € /jour	Indemnisation 90 € /jour	Indemnisation 100 € /jour	Indemnisation 150 € /jour	Indemnisation 200 € /jour
<input type="checkbox"/> Adhérent Principal	2.48 €	2.91 €	3.34 €	4.63 €	5.50 €	6.36 €	8.95 €	9.81 €	14.13 €	18.45 €
<input type="checkbox"/> Conjoint	2.48 €	2.91 €	3.34 €	4.63 €	5.50 €	6.36 €	8.95 €	9.81 €	14.13 €	18.45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 1	2.48 €	2.91 €	3.34 €	4.63 €	5.50 €	6.36 €	8.95 €	9.81 €	14.13 €	18.45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 2	2.48 €	2.91 €	3.34 €	4.63 €	5.50 €	6.36 €	8.95 €	9.81 €	14.13 €	18.45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 3	2.48 €	2.91 €	3.34 €	4.63 €	5.50 €	6.36 €	8.95 €	9.81 €	14.13 €	18.45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 4	2.48 €	2.91 €	3.34 €	4.63 €	5.50 €	6.36 €	8.95 €	9.81 €	14.13 €	18.45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 5	2.48 €	2.91 €	3.34 €	4.63 €	5.50 €	6.36 €	8.95 €	9.81 €	14.13 €	18.45 €
COTISATION MENSUELLE										

2

DEMANDE D'ADHÉSION

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

Exemplaire à conserver par Néoliane Santé 2/2

❶	<input type="checkbox"/> NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)	
❷	<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)	
	Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***	2.50 €
	COTISATION TOTALE MENSUELLE	
	Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance cochée	20 €

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT		MODE DE PAIEMENT	DATE DE PRÉLÈVEMENT
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Par prélèvement	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10

Chaque membre de l'association adhère à 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 (Groupe pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) auprès de PREPAR-IARD de laquelle j'adhère, pour moi-même et mes ayants droit présents sur la demande d'adhésion au contrat santé et prévoyance. Pour chacune de mes adhésions spécifiées dans la présente demande d'adhésion, je déclare avoir reçu sur support durable, avoir pris connaissance et accepter les dispositions des notices et des statuts mentionnés ci-après : Pour les garanties du contrat Santé nommé Néoline TONIK, la Notice validant conditions générales référencée 2/030, des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 28 de cette notice, ainsi que les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoline Cap Accident, la notice validant conditions générales référencée 2/013 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoline Cap Accident, la notice validant conditions générales référencée 1/061 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices validant conditions générales pour chacune des garanties souscrites ainsi que le tableau de garanties pour le contrat de Santé. Je certifie avoir pris connaissance de mon droit de renonciation des articles L. 112-9 et L. 112-21 du Code des assurances. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice. Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que la Notice validant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus. Mes contrats sont renouvelables par tacite reconduction à chaque échéance annuelle ou au 31 décembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUA GESTION. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit (complémentaire santé, UH, capital décès) bénéficiaire de son propre numéro et certificat d'adhésion. Le fractionnement des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel). J'atteste être à jour de mes cotisations auprès de mon Assurance Maladie Obligatoire. Si votre Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Salariés non agricoles, l'adhésion au contrat santé vous donne droit aux avantages fiscaux accordés en vertu de la loi Madelin (loi n° 94-126 du 12/02/1994). Je déclare exactes et 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 ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant les cas, la nullité des cotisations contractées et des prestations dues, la résiliation de mon contrat et l'application des articles L113 et L114 du Code des assurances. Toutes les cotisations et prestations personnelles collectives vous concernant sont enregistrées par l'Assureur. Je reconnais que l'Elle-même Adhésion à être utilisée par la personne à l'assurance. Dans le cadre de l'échange automatisé d'information et de données, je reconnais que la loi n° 2016-1691 du 24/10/2016 relative à la transparence de la vie économique et au financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations. Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat (i), (ii), (v), (vi), l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales (iii), (viii). Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne, dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne ou dans des pays tiers. Les traitements opérés depuis les pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique spécifique (Clauses contractuelles types, Règles d'entreprise contraignantes). Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la prescription des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire.

Vous pouvez personnellement ou par écrit (par courrier postal ou par courriel) adresser vos demandes de traitement des données à caractère personnel et les réclamations relatives aux données personnelles que vous nous fournissez, soit directement auprès du responsable du traitement des données, soit au médiateur national de la protection des données.

Pour exercer vos droits, vous devez adresser votre demande écrite à l'adresse suivante : M^{me} Sandrine BOUTIER, Responsable du traitement des données à caractère personnel, 43 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel R – Bat C - 06200 Nice ; adresse email : dpo@mediare.fr. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mail (mil.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenay – TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter à tout moment, l'article 23 de la notice d'information sur le traitement des données à caractère personnel, sur notre site internet <https://www.prep-vice.fr/donnees-personnelles/>, puis 1753334 sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par IMA, en tant qu'Assisteur, nous vous invitons à consulter les conditions générales de votre contrat d'assurance. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Wordline. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité. Vous pouvez vous inscrire sur cette liste d'opposition au démarchage téléphonique par mail (mail.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : Wordline – Service Bloctel CS 61311 – 41013 Blois Cedex.

*** 0,14€/mois de cotisation assistance, 0,05€/mois de cotisation pour l'association et 2,31€/mois de frais de courtage

FAIT À **LE** | | |

(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion)

CACHET ET VISA DU COURTIER CONSEIL	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL	SIGNATURE DU CONJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE IJH ACCIDENT
------------------------------------	-----------------------------------	---

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de votre contrat NéoLiane Santé, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MUTUA GESTION.

IMPORTANT

Merci de nous retourner le présent mandat de prélèvement SEPA complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorisés.

IDENTIFICATION DU PAYEUR

Nom / prénoms

Adresse

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

☒

Fait à
le
signature

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

(si différent du payeur)

Nom / prénoms

Adresse

Code postal

Ville

Pays

IDENTIFICATION DU CRÉANCIER	IDENTIFICATION DU MANDAT (réservé à MUTUA GESTION)
MUTUA GESTION - Centre de Gestion Néoliane BP90051 - 31602 MURET CEDEX	RUM (Référence Unique de Mandat) La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier
Identification Créancier SEPA (ICS) : FR17ZZZ495471	Référence de contrat

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par MUTUA GESTION pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à épuisement 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.

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 IMMÉDIATE 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
☎ 05 49 76 66 30

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

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

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



à vos côtés, où que vous soyez

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

➤ COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

Via l'application mobile MédecinDirect

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



des experts pour éclairer vos décisions de santé

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

➤ COMMENT ÇA MARCHE ?



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



Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



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

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

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 adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).



HOSPITALISATION

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	24 €	78,34 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €	28,96 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	24 €	24 €	78,34 €	146,27 €	183,30 €	183,30 €
	RESTE À CHARGE	159,30 €	159,30 €	104,96 €	37,03 €	0 €	0 €

DENTAIRE

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Détartrage	DÉPENSE	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	36 €	84 €	114 €	144 €	174 €	204 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	370,70 €	340,70 €	310,70 €	280,70 €	250,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	36 €	84 €	114 €	144 €	174 €	204 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	370,70 €	340,70 €	310,70 €	280,70 €	250,70 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	0,06 €	125 €	125 €	150 €	150 €	175 €
	RESTE À CHARGE	344,85 €	219,91 €	219,91 €	194,91 €	194,91 €	169,91 €

AIDES AUDITIVES

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Aides auditives de classe I par oreille (Depuis le 01/01/2021)	DÉPENSE	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Aides auditives de classe II par oreille (Depuis le 01/01/2021)*	DÉPENSE	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	160 €	160 €	160 €	240 €	240 €	240 €
	RESTE À CHARGE	1076 €	1076 €	1076 €	996 €	996 €	996 €

SOINS COURANTS

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	9 €	15 €	16,50 €	21 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	9 €	7,50 €	3 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	6,90 €	6,90 €	8,05 €	8,05 €	8,05 €	8,05 €
	RESTE À CHARGE	34 €	34 €	32,85 €	32,85 €	32,85 €	32,85 €

* Conformément à la réforme du 100 % Santé, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur molaires est passée depuis le 01/01/2022 de 107,50 € à 120 €. Depuis le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives est passée à 400 €.

IJH : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION PAR ACCIDENT

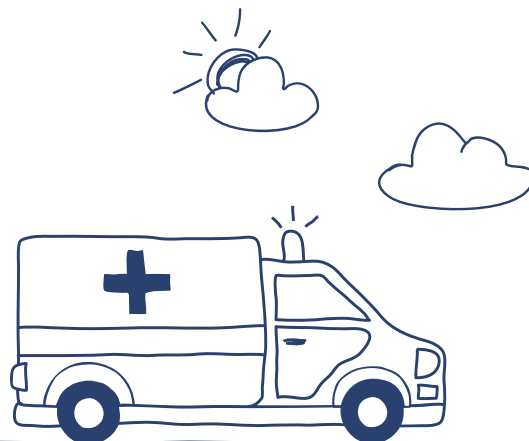
Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence.

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 maximale de garantie : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 82 ans inclus
- Possibilité d'assurer vos enfants



(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2023

	Allocation	Cotisation mensuelle par bénéficiaire ⁽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 90	90€ /jour	8.95€
IJ 100	100€ /jour	9.81€
IJ 150	150€ /jour	14.13€
IJ 200	200€ /jour	18.45€

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 à l'adhésion jusqu'à 75 ans inclus



Sophie, 27 ans – Marseille

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



François, 62 ans – Calais

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

Ils ont su gérer
des dépenses
inattendues



Laurent et Audrey, 45 et 42 ans, et Lucie, 9 ans – Nice

Notre fille a fait une mauvaise chute au ski. Les indemnités journalières nous ont aidé à faire face à pas mal de frais.

ANNULATION DE VOTRE ADHÉSION EN CAS DE DÉMARCHAGE À DOMICILE

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.

Conditions : Compléter et signer ce formulaire

L'envoyer par courrier

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 ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Date et signature le :

« Je soussigné(e)

☐ M.

☐ M^{me}

Nom : Prénom :

Demeurant :

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

Nature des biens ou des services commandés :

.....

Date de l'adhésion :

Numéro d'adhérent :

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

Néoliane TONIK

Pour suivre tous vos remboursements,
rendez-vous sur :

www.neoliane.fr/adherents



Néoliane Tonik - Juillet 2023 - Imp : Juillet 2023

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Produit co-conçu et distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 38-40 avenue des Champs-Élysées 75008 Paris – SAS au capital de 455 524 € – RCS Paris 812 962 330 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l’Orias sous le N°19 004 119 (www.orias.fr) et co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel’R - Bat C – 06200 NICE – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l’Orias sous le N° 09 050 488.

Produit assuré par **PREPAR IARD** – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurances, RCS de Nanterre sous le numéro 343 158 036, N° LEI : 9695008UHMH3007T1B62, Siège social : Immeuble Le Village, Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex.

Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 7 000 000 € 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.

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel’R - Bat C – 06200 NICE
www.neoliane.fr