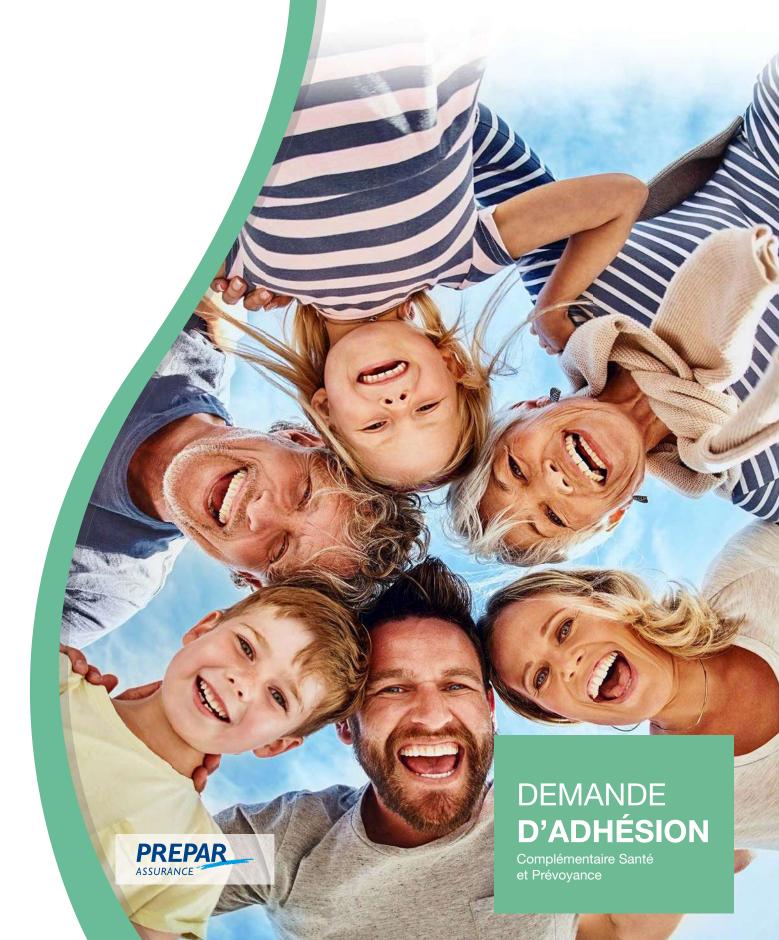


Néoliane TONIK



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.





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

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







TABLEAU DES GARANTIES



Néoliane TONIK

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%						
À compter de la 2º année d'adhésion	115%	135%	155%	180%	205%	230%						
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3º année d'adhésion	130%	150%	170%	195%	220%	245%						
À compter de la 4º année d'adhésion et suivantes	145%	165%	185%	210%	235%	260%						
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%						
D SAME DENTAIRE	Depui	is le 1 ^{er} jaı	nvier 2020) - Réform	ne 100% S	anté						
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 %						
À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	155 %	180 %	205 %	230 %	255 %						
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3º année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	245 %	270 %						
À compter de la 4º année d'adhésion et suivantes	145%	185%	210%	235%	260%	285%						
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres												
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	140%	165 %	190 %	215 %	240 %						
À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	155 %	180 %	205 %	230 %	255 %						
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	245 %	270 %						
À compter de la 4° année d'adhésion et suivantes	145%	185%	210%	235%	260%	285%						
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁶⁾	Illimité	800€	1000€	1200 €	1400 €	1600€						
OPTIQUE (7)	Depui	is le 1 ^{er} jaı	nvier 2020	- Réform	e 100% Sa	anté						
Équipements 100% Santé** Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé		Zéro reste à	charge sur un	e sélection d'é	quipements**							
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 complex	e 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) ®	100 %	50€	50€	50€	75 €	75 €						
SOINS COURANTS												
Médicaments	100 %	100%	100%	100%	100%	100%						

SOINS COURANTS	T1	T2	Т3	T4	T5	T6		
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	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %		
Matériel médical								
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100%	100%	100%	100%	100%	125 %		
À compter de la 2° année d'adhésion	-	-	-	125 %	125 %	150 %		
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3º année d'adhésion	115 %	115 %	115 %	140 %	140 %	165 %		
À compter de la 4º année d'adhésion et suivantes	130%	130%	130%	155%	155%	180%		
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	125 %		
№ AIDES AUDITIVES (9)	Depu	is le 1 ^{er} ja	nvier 2021	l - Réform	e 100% S	anté		
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%	120%		
À compter de la 2° année d'adhésion	110%	110%	110%	130%	130%	130%		
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3º année d'adhésion	120%	120%	120%	140%	140%	140%		
À compter de la 4° année d'adhésion et suivantes	130%	130%	130%	150%	150%	150%		
AUTRES SOINS								
Cure thermale (10)	100 %	100% + 50 €	100% + 50 €	100% + 75 €	100% + 75 €	100% + 100 €		
Forfait médecines naturelles : 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€	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 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 légisalifs 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 gérontologie, 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), puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (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 »

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

ου

MONTURE SANS RESTE À CHARGE + VERRES À TARIFS LIBRES



DENTAIRE - Panier 100% Santé Zéro reste à charge

Couronnes:

- Céramiques monolithiques et céramométalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ère} prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircones (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



AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité

<u>Tous les types d'appareils sont concernés :</u> 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

<u>Au moins 3 des options techniques suivantes :</u> 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









Exemplaire à conserver par l'adhérent 1/2

NÉOLIANE SANTÉ

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

☐ Affaire nouvelle	Avenant
Nom du conseiller:	
Code distributeur :	

Tél: 04 92 17 53 5							Affaire no	uvelle		Avena	nt		
ADHÉRENTS	S – L'adhérent principal doit être â	gé à l'adhésio	on de 18 ans	s minimum <i>(</i> s	si plus de 5 e	nfants à ass	urer, remplir un :	second formu	laire d'adhés	ion)			
	NOM	PRÉNON	Λ	NÉ(E)	LE	SEXE	L	IEU DE NAIS	SANCE DE L	.'ADHÉRI	NT		
Adhérent princip	pal					M□F	Ville de naiss	ance :					
							Code Postal :						
Conjoint						M□F	Pays de naiss						
Enfant 1						M□F		COORDON	NÉES DE L'A	DHÉREN			
Enfant 2						M□F	N° de télépho						
Enfant 3						M□F							
Enfant 4						М□Б							
Enfant 5						M□F	Ville :						
	Sous reserve de l'acceptation de cette date par votre assureur actuel et du palement 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 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 sa	ans limite d'âge						DÍ	GIME (AYAN	T DROIT\				
BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ S	OCIALE		ORGANIS	ME D'AFFIL	IATION	Régime*	Principal (1)		Affilié (3)	COTISATION		
☐ Principal													
☐ Conjoint			النال										
☐ Enfant 1				سالسا									
☐ Enfant 2			للبال	سالسا	ــالــــ	لــالــــ							
☐ Enfant 3			للا	سالسا	ــالـــ	لــالــــ							
☐ Enfant 4			النال	سالسا	الـــ								
☐ Enfant 5		The state of	11 (1	La Har	11 H								
(1) Adhérent princi													
(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 monograntale Réduction (cocher la case correspondante) : □ Couple 7% □ Famille** 10%													
* Indiquer le régime (Exploitant Agrico ** Si au moins 1 en	e obligatoire : SS (sécurité sociale), TN ole), Alsace-Moselle nfant, y compris famille monoparentale	om S (indépendan	t), Agricole				orrespondante) :		So	us-total			
* Indiquer le régime (Exploitant Agrico ** Si au moins 1 en	e obligatoire : SS (sécurité sociale), TN ole), Alsace-Moselle	om S (indépendan	t), Agricole				prrespondante) :	Couple 7º	So	us-total e** 10%			
* Indiquer le régime (Exploitant Agrico ** Si au moins 1 en	e obligatoire : SS (sécurité sociale), TN ole), Alsace-Moselle nfant, y compris famille monoparentale	om S (indépendan	t), Agricole				prrespondante) :	Couple 7º	So	us-total e** 10%			
* Indiquer le régim (Exploitant Agrico ** Si au moins 1 er Alsace-Moselle : -4	e obligatoire : SS (sécurité sociale), TN ole), Alsace-Moselle nfant, y compris famille monoparentale 40% pour les formules 1, 2 et 3 et -30% tés journalières en cas d'hospitalisatio	om S (indépendan o pour les form	t), Agricole nules 4 et 5	Réc		er la case co	ion Indemnisation	□ Couple 79	So	us-total 9** 10% GUELLE			
* Indiquer le régim (Exploitant Agrico ** Si au moins 1 er Alsace-Moselle : -4	e obligatoire : SS (sécurité sociale), TN ole), Alsace-Moselle nfant, y compris famille monoparentale 40% pour les formules 1, 2 et 3 et -30% tés journalières en cas d'hospitalisation dent)	om S (indépendan o pour les form	t), Agricole nules 4 et 5	Réc	duction (coch	er la case co n Indemnisat 50 € /jou	ion Indemnisation	□ Couple 79 COTISA	So Famille TION MENS	us-total 9** 10% GUELLE			
* Indiquer le régim (Exploitant Agrico ** Si au moins 1 er Alsace-Moselle : -4	e obligatoire : SS (sécurité sociale), TN ole), Alsace-Moselle nfant, y compris famille monoparentale 40% pour les formules 1, 2 et 3 et -30% tés journalières en cas d'hospitalisation dent) e 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion BÉNÉFICIAIRES	om S (indépendant p pour les form Indemnisation 15 € /jour	t), Agricole nules 4 et 5 Indemnisatior 20 € /jour	Récon indemnisation 25 € /jour	Indemnisatio 40 € /jour	n Indemnisat 50 € /jou CO	ion Indemnisation 60 € /jour TISATION € □ 6.36 €	COTISA COTISA Indemnisation 90 € /jour	So Famillo TION MENS Indemnisatio 100 € /jou	us-total 2** 10% GUELLE In Indemnit 150 €	/jour 200 € /jour 13 € □ 18.45 €		
* Indiquer le régim (Exploitant Agrico ** Si au moins 1 er Alsace-Moselle : -4	e obligatoire : SS (sécurité sociale), TN ole), Alsace-Moselle nfant, y compris famille monoparentale 40% pour les formules 1, 2 et 3 et -30% tés journalières en cas d'hospitalisation dent) e 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion BÉNÉFICIAIRES	om S (indépendan o pour les form o pour les form 1 Indemnisation 1 5 € /jour	t), Agricole nules 4 et 5 Indemnisation 20 € /jour	Réc n Indemnisation 25 € /jour	luction (coch	er la case con la	ion Indemnisation 60 € /jour TISATION € □ 6.36 € € □ 6.36 €	□ Couple 79 COTISA Indemnisation 90 € /jour	So ✓ Famille TION MENS Indemnisatio 100 € /jour	us-total 2** 10% UELLE In Indemni 150 € □ 14.	/jour 200 € /jour 13 € □ 18.45 € 13 € □ 18.45 €		

Ul IJH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident) Souscription possible de 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion	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
BÉNÉFICIAIRES		COTISATION								
☐ Adhérent Principal	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
□ Conjoint	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 1	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 2	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 3	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 4	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 5	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
						CO.	TISATION M	ENSUELLE		



Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

□ INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)

□ NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)

Exemplaire à conserver par l'adhérent 2/2

2.50€

		Frais de dossier (prélèvement uniq	ue) - offert si une	prévoyance cochée	20€
DE ET PÉRIODI	CITÉ DE PAIEMENT			- '	
	ITÉ DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT		DATE DE PRÉLÈVE	MENT
Mensuelle	☐ Semestrielle	☐ Par prélèvement		□5 □1	
Trimestrielle	Annuelle	points auturate i is demande man adhéalan au controt callactif à adhéalan facultatius a	augorit par l'Association CDC		
R-IARD à laquelle j'adhère, pour connaissance et accepter les disp	moi-même et mes ayants droit présents sur la de positions des notices et des statuts mentionnés ci-	points suivants : je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative s mande d'adhésion au contrat santé et prévoyance. Pour chacune de mes adhésions a-prés : Pour les grantiles du contrat Santé normé Néoliane TOMIK, la Notice valant s tatuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane TOMIK, la Notice valant s notice valant conditions générales référencés 1/061 et les statuts de l'association provior pris connaissance de mon droit de renonciation des articles L. 112-9 et	spécifiées dans la présente d conditions générales référenc	demande d'adhésion, je déclare avo cée 2/030, des informations relative	ir reçu sur suppi es aux frais de ge
distribution de l'Assureur mentior on GPST. Pour les garanties du co ies souscrites ainsi que le tableau	ines dans l'article 28 de cette notice, ainsi que les ntrat Prévoyance nommé Néoliane Cap'Accident, la 1 de garanties pour le contrat de Santé. Je certifie a	s statuts de l'association GPS1. Pour les garanties du contrat Prevoyance nomme Neol a notice valant conditions générales référencée 1/061 et les statuts de l'association GP avoir pris connaissance de mon droit de renonciation des articles L. 112-9 et L. 112-2-	iane Hospi'Accident, la notice ST. Je certifie conserver un e 1 du Code des assurances. M	e valant conditions generales referer xemplaire des Notices valant condition la faculté de renonciation peut être e	ncee 2/013 et les ons générales po exercée suivant le
s dans la Notice. Dans le cadre d' ont renouvelables par tacite recon	une modification de mes contrats par voie d'avena duction à chaque échéance annuelle ou au 31 déc	ant, jé prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris conrembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUA GESTION	laissance lors de la signature	de la demande d'adhésion initiale e ra être effectué même si chaque pro	t référencée ci-d duit (complémen
bligatoire. Si votre Assurance Ma toutes les informations fournies	ladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Sal dans le présent document. J'ai conscience que la	ent des preteventents est demin dans la présente demande à dancissint (interiore). lariés non agricoles, l'adhésion au contrat santé vous donne droit aux avantages fisca a signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et me	ux accordés en vertu de la Li entions que j'y ai faites. Je dé	oi Madelin (Loi n° 94-126 du 11/02 éclare être informé(e) que toute rétic	2/1994). Je décli cence ou fausse
raîner, suivant le cas, la nullité du le du traitement. Elles ont vocatio me (iv) pour la lutte contre la frau	contrat ou la majoration des cotisations conformé n à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et ide. (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'a	ement aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. Toute: L'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Info Imélioration des produits ou des prestations. Les bases légales des traitements mention	s les informations personnelle rmation en matière fiscale, (iii nnés sont l'exécution du cont	es collectées vous concernant sont i) pour la lutte contre le blanchiment trat (ii) (v) (vii) l'intérêt légitime (iv)	enregistrées par d'argent et de fi et le resnect des
, (iii)]. Les données collectées soi eurs, et (v) aux autorités publique	nt transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l s conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de	l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habili e décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données persona regiscion Européanne, un dans des pust tipes. Les traitments parées de vois les passes to un de la company de la compan	tés, (iv) aux partenaires comn elles. Les données personnel iers font l'objet d'un encadre	merciaux de l'Assureur, comme des lles collectées sont stockées à l'intér	intermédiaires, m rieur de l'Union El
se contraignantes). Elles sont conses personnelles de santé sont pa	servées par l'Assureur de manière sécurisée et co rticulièrement protégées, accessibles et traitées ur	l'revécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Inte- mélioration des produits ou des prestations. Les bases légales des traitements mention l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habili de sont de la commentation de la commentation de la commentation de la commentation de la réglementation et peur la durée réglementatie correspondant soit à informément à la réglementation et peur la durée réglementation et pour la durée réglementation et pour la durée réglementation des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidential sour la commentation des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidential sour la comment des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidential sour pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse sudavante ! Néclaine Sant ou par courrier postal en écrivant à : ONIL -Service des Plaintes - 3 Place de Fonteno, ou par courrier postal en écrivant à : ONIL -Service des Plaintes - 3 Place de Fonteno, etcre personnel, sur note s'etie internel https://www.prepar-vic.fr/donnees-personnelle e contrat d'assurance. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur une list arracher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, saul forsqu'il s'agis produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours opostal en écrivant à : Wordline — Service Bloctel CS 61311 — 41013 Blois Cedex. //mois de frais de courtage	a prescription légale, soit à la ité réglementaire.	a réglementation des assurances.	contractuelles typ
osez d'un droit d'acces, de rectific nent, hormis les cas où la réglem oliane.fr. En cas de réclamation. v	ation, de limitation, de suppression, d'opposition p entation ne permet pas l'exercice de ces droits. Vo ous pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr)	oour motif legitime, d'un droit a la portabilite de vos donnees, du droit de definir le sort ous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Sant 1 ou oar courrier postal en écrivant à : CNIL -Service des Plaintes - 3 Place de Fontenov	post-mortem de vos donnee: ié – 143 Boulevard René Cas v – TSA 80715 - 75334 Paris	is personnelles et, le cas echeant, de ssin – Immeuble Nouvel'R - Bat C - (s cedex 07. Pour plus d'informations	e retirer votre con 06200 NICE ; adr vous pouvez voi
ment, à l'article 23 de la notice d en tant qu'Assisteur, nous vous in	'information sur le traitement des données à cará vitons à consulter les conditions générales de votr	ictère personnel, sur notre site internet https://www.prepar-vie.fr/donnees-personnellé e contrat d'assurance. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur une liste personne de la contra del contra de la contra del la co	es/. Pour plus d'informations e d'opposition au démarchage	sur le traitement de vos données e e téléphonique gérée par la société	t sur vos droits, r Wordline. Il est ir
ec l'objet de ce contrat, y compris position au démarchage téléphoni	ulaire d'un tiers agissant pour son compte, de der lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des que par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier	nardie telephoniquement de l'obligation de la fille telephoniquement sur sette siste, sauf lorsqu'il s'agris s produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours (postal en écrivant à : Worldline – Service Bloctel CS 61311 – 41013 Blois Cedex.	ou de nature à améliorer ses p	performances ou sa qualité. Vous po	ouvez vous inscrir
mois de cotisation assistance, 0,	05€/mois de cotisation pour l'association et 2,31€	Ž/mois de frais de courtage			
				. LE	
r l'adresse du lieu de conclus CACHET ET VISA I	OU COURTIER CONSEIL	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL	SIGNATURE	DU CONJOINT SI CE DERNIER	FST ASSURÉ
0.10.1.2		3.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0		TRE DE LA GARANTIE IJH ACC	
NNAT NE PR	ÉI ÈVEMENT SEPA				
	ÉLÈVEMENT SEPA us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de	votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à			
nt ce formulaire de mandat, voi	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de			de nous retourmer le présent man orélèvements sur compte d'éparg	dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, vou nque pour débiter votre compte	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi	votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à			dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi ique pour débiter votre compte	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi	rotre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION.			
nt ce formulaire de mandat, voi nque pour débiter votre compte ENTIFICATION D n/prénoms	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR	votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à	complété et signé. Les p		dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi nque pour débiter votre compte ENTIFICATION D n/prénoms e postal	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR Ville	rotre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION.			dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi nque pour débiter votre compte ENTIFICATION D n/prénoms e postal rdonnées du compte à	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR Ville à débiter :	votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse	complété et signé. Les p		dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi nque pour débiter votre compte ENTIFICATION D n/prénoms e postal rdonnées du compte à	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR Ville à débiter :	rotre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION.	complété et signé. Les p	orélèvements sur compte d'éparg	dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi ique pour débiter votre compte ENTIFICATION D I/prénoms e postal données du compte à I (International Bank Ac	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR Ville a débiter : count Number — numéro d'identific	votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse cation international du compte bancaire)	complété et signé. Les p	orélèvements sur compte d'éparg	dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi ique pour débiter votre compte ENTIFICATION D I/prénoms e postal données du compte à I (International Bank Ac	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR Ville à débiter :	votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque)	complété et signé. Les p	rélèvements sur compte d'éparg	dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi que pour débiter votre compte ENTIFICATION D / prénoms e postal données du compte à I (International Bank Ac	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR Ville a débiter : count Number — numéro d'identific	votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse cation international du compte bancaire)	complété et signé. Les p	rélèvements sur compte d'éparg	dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi que pour débiter votre compte NTIFICATION D / prénoms e postal données du compte à I (International Bank Ac	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de let votre banque à débiter votre compte confort U PAYEUR Ville a débiter : count Number — numéro d'identific Code international d'identification	evotre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif	complété et signé. Les p	rélèvements sur compte d'éparg	dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi nque pour débiter votre compte ENTIFICATION D 1/ prénoms e postal rdonnées du compte à I (International Bank Ac (Bank Identifier Code —	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR Ville a débiter : count Number — numéro d'identific	evotre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse Cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur)	complété et signé. Les p	rélèvements sur compte d'éparg	dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi nque pour débiter votre compte ENTIFICATION D n/prénoms e postal rdonnées du compte à J (International Bank Ac (Bank Identifier Code —	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte conforut PAYEUR Ville a débiter : count Number — numéro d'identification Code international d'identification E L'ADHÉRENT (si différent	evotre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif	Pays	rélèvements sur compte d'éparg	dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi que pour débiter votre compte ENTIFICATION D / prénoms e postal données du compte à I (International Bank Ac Bank Identifier Code —	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de let votre banque à débiter votre compte confort U PAYEUR Ville a débiter : count Number — numéro d'identific Code international d'identification	evotre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse Cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur)	complété et signé. Les p	rélèvements sur compte d'éparg	dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi nque pour débiter votre compte ENTIFICATION D n/prénoms e postal rdonnées du compte à I (International Bank Ac (Bank Identifier Code —	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR Ville a débiter : count Number — numéro d'identific Code international d'identification E L'ADHÉRENT (si différent Ville	evotre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse Cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur) Adresse	Pays Pays	rélèvements sur compte d'éparg Fait à le signature	dat de prélèven
nt ce formulaire de mandat, voi ique pour débiter votre compte ENTIFICATION D I/prénoms e postal rdonnées du compte à I (International Bank Ac (Bank Identifier Code —	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR Ville a débiter : count Number — numéro d'identific Code international d'identification E L'ADHÉRENT (si différent Ville U CRÉANCIER	evotre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse Cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur)	Pays Pays Pays Pays	rélèvements sur compte d'éparg Fait à le signature	dat de prélèven ne ne sont pas
int ce formulaire de mandat, voi ique pour débiter votre compte ENTIFICATION D I/prénoms e postal I (International Bank Ac Bank Identifier Code — ENTIFICATION D I/prénoms e postal ENTIFICATION D I/prénoms e postal	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte conforut PAYEUR Ville a débiter : count Number — numéro d'identification E L'ADHÉRENT (si différent Ville U CRÉANCIER e Gestion Néoliane	Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur) Adresse IDENTIFICATION DU MANDAT (rés	Pays Pays Pays Pays	Fait à le signature	dat de prélèven ne ne sont pas
nt ce formulaire de mandat, voi nque pour débiter votre compte ENTIFICATION D 1/ prénoms e postal rdonnées du compte à I (International Bank Ac (Bank Identifier Code —	us autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confoi U PAYEUR Ville a débiter : count Number — numéro d'identific Code international d'identification E L'ADHÉRENT (si différent Ville U CRÉANCIER e Gestion Néoliane CEDEX	Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur) Adresse IDENTIFICATION DU MANDAT (rés	Pays Pays Pays Pays	Fait à le signature	dat de prélèven ne ne sont pas

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.



Exemplaire à conserver par le conseiller

NÉOLIANE SANTÉ

143 Boulevard René Cassin Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE www.neoliane.fr/service-client

Nom du conseiller:	
☐ Affaire nouvelle	□ Avenant

Code distributeur:

Tél: 04 92 17 53 5	58					[Affaire r	nouvelle		Avena	nt	
ADHÉRENTS	S – L'adhérent principal doit être âç	jé à l'adhésid	on de 18 ans	s minimum <i>(s</i>	i plus de 5 e	nfants à assi	urer, remplir u	ın second formı	ulaire d'adhé	sion)		
	NOM	PRÉNON	Λ	NÉ(E) I	LE	SEXE		LIEU DE NAIS	SSANCE DE	L'ADHÉR	ENT	
Adhérent princip	pal					M□F	Ville de nai	ssance :				
Conjoint						M □ F		l: <u></u>				
Conjoint							Pays de na	issance :	NÉES DE L'			
Enfant 1						M□F						
Enfant 2						M L F		hone : L				
Enfant 3												
Enfant 4						М□Г						
Enfant 5						М□Г		l:[
NÉOLIAN Souscription possible sa	liation 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) TONIK 1 DONIK 2 DONIK 3 DONIK 4 DONIK 5 DONIK 6											
	N° DE SÉCURITÉ SO	201415		00044410	ME DIAFFII	ATION!		RÉGIME (AYAN	IT DROIT)		00	TIO 4 TION
BÉNÉFICIAIRES	N° DE SEGURITE SO	JUIALE		UKGANIS	ME D'AFFIL	ATION	Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	CU	TISATION
☐ Principal			لسال	ـــالـــــــــــــــــــــــــــــــــ	الـــ							
☐ Conjoint												
☐ Enfant 1												
☐ Enfant 2												
☐ Enfant 3			لسال	ـــالــــا	ـــالـــــــــــــــــــــــــــــــــ							
☐ Enfant 4			للاللا	ـــالـــــا	ال							
☐ Enfant 5			للبال	ـــالـــــــــــــــــــــــــــــــــ	ال							
	pal (2) Conjoint (3) Affilié en son no e obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS		t), Agricole						So	ous-total		
** Si au moins 1 er	ole), Alsace-Moselle nfant, y compris famille monoparentale 40% pour les formules 1, 2 et 3 et -30%	pour les form	nules 4 et 5	Réd	uction (coch	er la case co	rrespondante	e): 🗆 Couple 7	% 🗌 Famill	e** 10%		
	· ·							COTISA	ATION MEN	SUELLE		
			1	1	I	1						
IJH (Indemni suite à un accie	tés journalières en cas d'hospitalisation dent)				Indemnisatio			ion Indemnisatio				
	e 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion	15 € /jour	20 € /jour	25 € /jour	40 € /jour	50 € /jou	r 60€/jou	ır 90€/jour	100 € /jou	ır 150€	/jour	200 € /jour
	BÉNÉFICIAIRES						ISATION					
☐ Adhérent Prin	ncipal	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50 €						□ 18.45€
□ Conjoint		□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50 €	€ □ 6.36	€ □ 8.95 €	□ 9.81 €	: ⊔ 14	.13€	□ 18.45€

UH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident) Souscription possible de 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion	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
BÉNÉFICIAIRES					COTIS	ATION				
☐ Adhérent Principal	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
□ Conjoint	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 1	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 2	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 3	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 4	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 5	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
						CO.	TISATION M	ENSUELLE		



TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

□ NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)

Exemplaire à conserver par le conseiller 2/2

		ON (suite à un accident uniquement) Frais d'assistance, d	l'association et de cou	rtage (par mois)***	2.50€
				OTALE MENSUELLE	
		Frais de dossier (prélèvement	unique) - offert si une ¡	prévoyance cochée	20€
/IODE ET PÉRIODIC	CITÉ DE PAIEMENT				
PÉRIODICI	ITÉ DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT		DATE DE PRÉLÈVI	MENT
☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle	☐ Semestrielle ☐ Annuelle	☐ Par prélèvement		□5 □1	0
ur chacurue de mes adhésions spécifiées s PREPAR-IARD à laquelle j'adhère, pour no in pris connaissance et accepter les dispo- xi de redistribution de l'Assureur mention sociation GPSI. Pour les garanties du con s garanties souscrites ainsi que le tableau tre inclus dans la Notice. Dans le cadre d'i tri atta sont renouvelables par tacite recond i, capital décès jbénéficiera de son propre aladie Obligatoire. Si votre Assurance Mál sincères toutes les informations fournies urra entraîner, suivant le cas, la nullifé du sponsable du traitement. Elles ont vocation pages (jii), (jiii). Les données collectées son r réassureurs, et (y aux autorités publiques ins des pays dont la protection des donnée metreprise contraignantes). Elles sont cons so données personnelles de santé sont para su disposez d'un droit d'accès, de rectifica tout moment, hormis les cas où la régleme jo@mellanet. Fic no cas de réclamation, vo tout moment, à l'article 23 de la notice d' if MA, en tant qu'Assisteur, nous vous inv ofessionnel, directement ou par l'intermée te d'opposition au démarchage téléphoniq et of 14 definis de contestina assistance. D (in 14 definis de contestina assistance.)	ur la présente demande d'adhésion, je certifie les noi-même et mes ayants droit présents sur la der positions des notices et des statuts mentionnés ci- els des l'article 28 de cette notice, ainsi que les tettat Prévoyance nommé Néoliane Cap'Accident, la de garanties pour le contrat de Santé. Je certifie a une modification de mes contrats par voie d'avena luction à chaque échéance annuelle ou au 31 déci numéro et certificat d'adhésion. Le fractionneme adie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Sal dans le présent document. J'ai conscience que la contrat ou la majoration des cotisations conformé à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et de, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'a transmisse (i) aux équipes ou sous-traitants de l' conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de se personnelles a été juée adéquate par la Come ruées par l'Assureur de manière sécurisée et con ticulièrement protégées, accessibles et traitées ur ticulièrement protégées, accessibles et traitées ur us pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) information sur le traitement des données à cara tions à consulter les conditions générales de votr liaire d'un fiers agissant pour son compte, de dei norsqu'il s'agit de proposer au consommateur des ue par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier; Fé/mois de cotisation pour l'association et 2.31 E.	points suivants: je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facult mande d'adhésion au contrat santé et prévoyance. Pour chacune de mes adhéparés: Pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane TONIK, la Notice statuts de l'association GPST, Pour les garanties du contrat Prévoyance nomme notice valant conditions générales référencée 1/061 et les statuts de l'association gris consaissance de mon droit de renonciation des articles. L. 11-2.9 et 1. nt, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai prembre de chaque année. Mes cotistations sont annuelles et versées à MUTUA 6f nt des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mensue ariés non agricoles, l'adhésion au contrat santé vous donne droit aux avantage signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations renée une de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations ment aux dispositions des articles L. 11-3.9 et L. 11-3.9 et L. 01-20 du Code des assurances. Rexieution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Echange Automatique relicioration des produits ou des prestations. Les basse légales des traitements la Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la basse de vos données prission Européenne ou dans des pays letres. Les traitements opérés depuis les formément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant iquement par des professionnels specifiquement fromés et soumis à une conflicuement par des professionnels specifiquement fromés et soumis à une conflicuement par des professionnels specifiquement fromés et soumis à une conflicuement par des professionnels specifiquement fromés et soumis à une conflicuement par des professionnels specifiquement fromés et soumis à une conflicuement par des professionnels specifiquement fromés et soumis à une conflicuement par des récreats à l'Objet du contrat en obstat en écrivant à 'Wordline – Service Bl	tative souscrit par l'Association GPST sisions spécifièes dans la présente de valant conditions générales réference d'évalant conditions générales réference é Néoliane Hospi 'Accident, la notice non GPST. Le certifie conserver un ext 12-2-1 du Code des assurances. Ma is connaissance lors de la signature ESTION. Un préfévement global pourre ESTION. Un préfévement global pourre si fiscaux accordés en vertu de la Lo si manuel. J'at si fiscaux accordés en vertu de la c. Toutes les informations personnelle a te mentions que j' y ai faltes. Je de l'antomation en matière l'iscale, lii mentionnés sont l'exécution du contre s'habilités, (iv) aux partenaires comm ersonnelles. Les données personnelle pays tiers font l'objet d'un encadren sont a la prescription l'égale, soit à la dentialité réglementaire. Le sort post-morter mé vos données le Santé – 143 Boulevard René Cass le Santé – 143 Boulevard René Cass nonelles/. Pour plus d'informations se liste d'opposition au démarchage il s'agit de sollicitations intervenant cours ou de nature à améliorer ses p exx.	(Groupement pour la Prévoyance embed d'adhésion, je déclare ave des 2030, des informations relativalant conditions générales référe emplaire des Notices valant conditions générales référe emplaire des Notices valant conditions de la derivale d'adhésion initiale le a être effectué même si chaque proteste être à jour de mes cotisation i Madelin (Loi n° 94-126 du 11/0, clare être informé(e) que toute rétis collectées vous concernant sont at (Ipi, 0y, (vii)), l'intérêt légitime (ny erciaux de l'Assureur, comme des es collectées sont stockées à l'intérnent juridique spécifique (Clausse réglementation des assurances. personnelles et, le cas échéant, din – Immeuble Nouvelt? - Bat Codex 07. Pour plus d'informations ur le traitement de vos données « téléphonique gérée par la société dans le cadre de l'exécution d'un verformances ou sa qualité. Vous p	et la Santé pour Tous) in reçu sur support de se aux frats de gestion cons générales pour c'harce se suivant le mon sons générales pour c'harce se suivant le mor charce se suivant le mor c'harce se suivant le mor c'harce se suivant le mor charce se suivant le mor d'argent et de financ et le respect des oblig intermédiaires, mand rifeur de l'Union Europ contractuelles types, e retirer votre consent 06200 NCE; adresse y ous pouvez vous re t sur vos droits, nota vordine. Il est intercontrat en ours et a) uuvez vous inscrire st.
éciser l'adresse du lieu de conclus Cachet et visa di		SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL	SIGNATURE D	LE	
		votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à mément aux instructions de MUTUA GESTION.		e nous retourner le présent mar rélèvements sur compte d'épar	
IDENTIFICATION D	J PAYEUR				
Nom/prénoms		Adresse			
Code postal	Ville		Pays		
		,		Fait à le signature	
	,	Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif 🗸			
	E L'ADHÉRENT (si différent d	du payeur)			
Nom/prénoms		Adresse			
Code postal	Ville		Pays		
IDENTIFICATION DU		IDENTIFICATION DU MANDAT RUM (Référence Unique de Mandat)		TION) RUM vous sera communiquée ultérieu	rement sur votre échéa
BP90051 - 31602 MURET 0					
Identification Créancier SE	EPA (ICS) :	Référence de contrat			
FR17ZZZ495471					

Les données personneiles 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 épuration de la dette, le cas échéant. Pour plus d'information 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.



Exemplaire à conserver par Néoliane Santé

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	□ Avenan

101.0102 11 00 00							Affair	e nouv	relle		Avena	nt	
ADHÉRENTS	– L'adhérent principal doit être âg	é à l'adhésior	n de 18 ans	minimum (s	i plus de 5 e	enfants à ass	surer, remp	lir un se	cond formu	laire d'adhé	ísion)		
	NOM	PRÉNOM		NÉ(E) I	LE	SEXE		LIE	U DE NAIS	SANCE DE	L'ADHÉR	ENT	
Adhérent principa	ı					IM □F			ce :				
Conjoint						М□Б							
Enfant 1						M □ F	COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT					Т	
Enfant 2						M □ F	N° de téléphone :						
Enfant 3						M □ F							
Enfant 4						M □ F							
Enfant 5						IM □ F							
liation 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	s limite d'âge							DÉC	IME (AYAN	T DDOIT\			
BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ SO	CIALE		ORGANIS	ME D'AFFIL	IATION	Régii		Principal (1)		Affilié (3)	COTISA	ATION
☐ Principal		للسلل	البا	ـــالــــ									
☐ Conjoint			البا				l					<u> </u>	
☐ Enfant 1													
☐ Enfant 2													
□ Enfant 3													
☐ Enfant 4													
	al (2) Conjoint (3) Affilié en son no									S	ous-total		
(Exploitant Agricole ** Si au moins 1 enfa	obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS s), Alsace-Moselle ant, y compris famille monoparentale % pour les formules 1, 2 et 3 et -30%			Réd	uction (coch	er la case c	orresponda	ante) : [Couple 7%	% □ Famil	lle** 10%		-
Alsace-Woselle: -40	% pour les formules 1, 2 et 3 et -30%	pour les formu	iles 4 et 5						COTISA	TION MEN	SUELLE		
I.IH (Indemnités	s journalières en cas d'hospitalisation												
suite à un accide	nt)	Indemnisation I 15 € /jour	ndemnisation 20 € /jour	Indemnisation 25 € /jour	Indemnisatio 40 € /jour	n Indemnisa 50 € /jo			idemnisation 90 € /iour	Indemnisati 100 € /jo			mnisatio 0€/jou
	8 ans à 75 ans inclus à l'adhésion BÉNÉFICIAIRES	,				_	TISATION	3					.,,=
☐ Adhérent Princ		□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	_		36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 :	€ □ 14.	.13€ □	18.45€
□ Conjoint		□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€				□ 8.95 €	□ 9.81			18.45€
☐ Enfant 1		□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€				□ 8.95 €	□ 9.81	_		18.45€
☐ Enfant 2		□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50	€ □ 6.3	36 €	□ 8.95 €	□ 9.81	€ □14.	.13€ □ 1	18.45€

UH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident) Souscription possible de 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion	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
BÉNÉFICIAIRES		COTISATION								
☐ Adhérent Principal	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
□ Conjoint	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 1	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 2	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 3	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 4	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
☐ Enfant 5	□ 2.48€	□ 2.91€	□ 3.34€	□ 4.63€	□ 5.50€	□ 6.36 €	□ 8.95 €	□ 9.81 €	□ 14.13€	□ 18.45€
COTISATION MENSUELLE										



TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

□ NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)

Exemplaire à conserver par Néoliane Santé

		Frais d'assistance, d'associ	ation et de courtage (par mois)***	2.50€
		i ruio u uooiotuiioo, u uooot	COTISATION TOTALE MENSUELLE	2.00 €
		Frais de dossier (prélèvement unique)		20€
ODE ET PÉRIODIO	CITÉ DE PAIEMENT			
PÉRIODICI	TÉ DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT	DATE DE PRÉLÈV	/EMENT
☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle	☐ Semestrielle ☐ Annuelle	☐ Par prélèvement	□5 □	10
r chacune de mes adhésions spécifiées s	ur la présente demande d'adhésion, je certifie les	points suivants : je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative sousce	it par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance	e et la Santé pour Tous)
r pris connaissance et accepter les dispo c de redistribution de l'Assureur mentionr	or-ineme et mes ayants droit presents sur la de isitions des notices et des statuts mentionnés ci és dans l'article 28 de cette notice, ainsi que les test Présences apprés Négliges Capillagident le	-après : Pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane TONIK, la Notice valant condi s statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane le castion de tacondition de confidence de la contrat Prévoyance nommé Néoliane le castion de tacondition de confidence de confidence de la castion de la casti	Hospi Accident, la notice e valant conditions générales référencée 2/030, des informations relétérospi Accident, la notice valant conditions générales référencée valant conditions générales références experisées de National de Cartific apparais la condition de National de Cartific apparais de Cartific	ives aux frais de gestion rencée 2/013 et les sta
garanties souscrites ainsi que le tableau e inclus dans la Notice. Dans le cadre d'u	de garanties pour le contrat de Santé. Je certifie à ne modification de mes contrats par voie d'avena	a nouve valant comminons generales reterences 1700 et et es satutis de l'association ders l. d avoir pris connaissance de mon droit de renonciation des articles 1. 112-9 et 1. 112-2-1 du C ant, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissa	contine conserver un exemplaire des Notices valait cond Code des assurances. Ma faculté de renonciation peut être nce lors de la signature de la demande d'adhésion initiale	e exercée suivant le mod e et référencée ci-dessi
trats sont renouvelables par tacite recond capital décès) bénéficiera de son propre adie Obligatoire. Si votre Assurance Mala	uction à chaque échéance annuelle ou au 31 déc numéro et certificat d'adhésion. Le fractionneme die Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Sa	sembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUA GESTION. Un p ent des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mensuel, trimestriel, lariés non agricoles, l'adhésion au contrat santé vous donne droit aux avantages fiscaux ac	orélèvement global pourra être effectué même si chaque p semestriel, annuel). J'atteste être à jour de mes cotisatio cordés en vertu de la Loi Madelin (Loi n° 94-126 du 117	roduit (complémentaire ons auprès de mon Ass '02/1994). Je déclare
ncères toutes les informations fournies or ra entraîner, suivant le cas, la nullité du o onsable du traitement. Elles ont vocation	lans le présent document. J'ai conscience que la contrat ou la majoration des cotisations conforme à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et	a signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mention ément aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. Toutes les i l'l'exécution du contrat d'assurance, (iii dans le cadre de l'Echange Automatique d'Informatic	s que j'y ai faites. Je déclare être informé(e) que toute ré nformations personnelles collectées vous concernant so on en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchime	éticence ou fausse déc nt enregistrées par l'A ent d'argent et de finan
errorisme, (iv) pour la lutte contre la frauc les [(ii), (iii)]. Les données collectées sont	le, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'a transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de conformément à la loi. Il préviete aux une prise de	umélioration des produits ou des prestations. Les bases légales des traitements mentionnés : l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (ii a des la produités par l'Assureur, sur la base du par dangée pargonales.	sont l'exécution du contrat [(i), (v), (vi)], l'intérêt légitime (ii v) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme de	
s des pays dont la protection des donnée treprise contraignantes). Elles sont conse	es personnelles a été jugée adéquate par la Com ervées par l'Assureur de manière sécurisée et co	imission Européenne ou dans des pays tiers. Les traitements opérés depuis les pays tiers funcionement à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la pre	ont l'objet d'un encadrement juridique spécifique (Clause scription légale, soit à la réglementation des assurances.	s contractuelles types,
uomies personnelles de sante sont part s disposez d'un droit d'accès, de rectifica ut moment, hormis les cas où la régleme	iculierement protegees, accessibles et traitées u tion, de limitation, de suppression, d'opposition i ntation ne permet pas l'exercice de ces droits. Vo	ipoints suivants ; je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative sousci mande d'adhésion au contrat santé et prévoyance. Pour chacune de mes adhésions spéciaprès . Pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane TONIK, la Notice valant condité satults de l'association GPST pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane i a notice valant conditions générales référencés 1/061 et les statuts de l'association GPST Je voir pris comanissance de mon droit de renonciation des articles 1.17-9 et l. 1712-2-1 du rant je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissa rembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUA GESTION. Un pent des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mersuel, trimestrie), lardes non agricoles, l'adhésion au contrat sarié vous donne droit aux avantages fiscaux as signature de la présente demande d'adhésion vaut valladation des declarations et mention ment aux dispositions des articles 1.73-8 et l.173-9 du Çode des assurances. Toutes les il revécution du contrat d'assurance, ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'informati melioration des produits ou des prestations. Les bases légales des traitements mentionnes reflexiones professionnes habilités, (ii) aux organismes professionnes habilités, (ii) e décision entièrement automatisée par l'Assureur, ii) aux organismes professionnes habilités, (ii) e décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles informément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la pre la professionne des professionnes pays tiers. Les traitements toperies depuis les pays tiers la rotome de sont des professionnes specifiquement formés et soumis à une confidentialité ré pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post- us provers des professionnes specifiquement formés et soumis à une confidentialité ré pour motif légitime, d'un droit à la	gierrientaire. ·mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, 43 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C	de retirer votre conser - 06200 NICE ; adress
o@neoliane.fr. En cas de réclamation, voi ut moment, à l'article 23 de la notice d'i IMA en tant qu'Assisteur nous vous jour	us pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) information sur le traitement des données à cara tons à consulter les conditions générales de votre	ou par courrier postal en écrivant à : CNIL -Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TS actère personnel, sur notre site internet https://www.prepar-vie.fr/donnees-personnelles/. P, re contrat d'assurance Voius disnose, réalement du froit de voius inscrire sur une liste d'onne.	A 80715 - 75334 Paris cedex 07. Pour plus d'informatio our plus d'informations sur le traitement de vos données position au démarchage téléphonique nérée par le socié	ns, vous pouvez vous r et sur vos droits, nota té Wordline II est inter
essionnel, directement ou par l'interméd port avec l'objet de ce contrat, y compris	aire d'un tiers agissant pour son compte, de dél lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur de	marcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de s s produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de	sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un nature à améliorer ses performances ou sa qualité. Vous	n contrat en cours et a pouvez vous inscrire s
u opposition au demarchage telephoniqu 1,14€/mois de cotisation assistance, 0,0	5€/mois de cotisation pour l'association et 2,31€	postal en echivant a : wortdine – Service bioclet CS 61311 – 41013 biols cedex. E/mois de frais de courtage		
IT À			LE	
eciser l'adresse du lieu de conclus		CIONATURE DE MADUÉDENT PRINCIPAL	CIONATURE DI CON IGINT OI CE REPRIE	D FOT ACCURÉ AU
CACHET ET VISA DI	J COURTIER CONSEIL	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL	SIGNATURE DU CONJOINT SI CE DERNIE	
			TITRE DE LA GARANTIE IJH AC	CIDENI
			TITRE DE LA GARANTIE IJH AC	JOIDENI
			TITRE DE LA GARANTIE IJH AC	CIDENT
IANDAT DE PRI	ÉLÈVEMENT SEPA		TITRE DE LA GARANTIE IJH AC	JOIDEN
signant ce formulaire de mandat, vous		e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à		IMPORT
signant ce formulaire de mandat, vous	autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION.	TITRE DE LA GARANTIE IJH AC Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa	IMPOR1
signant ce formulaire de mandat, vous e banque pour débiter votre compte s	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confo	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION.	Merci de nous retoumer le présent m	IMPOR1
signant ce formulaire de mandat, vous	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confo	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION.	Merci de nous retoumer le présent m	IMPORT andat de prélèvemen
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte e	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confo	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION.	Merci de nous retoumer le présent m	IMPORT andat de prélèvemen
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte e IDENTIFICATION DU Nom/prénoms Code postal	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de et votre banque à débiter votre compte confo	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION.	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays	IMPOR1
signant ce formulaire de mandat, vous e banque pour débiter votre compte e IDENTIFICATION DU Nom/prénoms Code postal Coordonnées du compte à	a autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de la partie de la pa	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION.	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays	IMPOR1
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte e IDENTIFICATION DU Nom / prénoms Code postal Coordonnées du compte à	a autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de la partie de la pa	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. co Adresse	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le	IMPORT andat de prélèvemen
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte e IDENTIFICATION DU Nom/prénoms Code postal Coordonnées du compte à IBAN (International Bank Acc	a autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de la partie de la pa	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. co Adresse cation international du compte bancaire)	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays	IMPORT andat de prélèvemen
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte e IDENTIFICATION DU Nom/prénoms Code postal Coordonnées du compte à IBAN (International Bank Acc	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de la compte del compte de la compte del compte de la compte del compte de la compte d	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Co Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque)	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le	IMPORT andat de prélèvemen
signant ce formulaire de mandat, vous e banque pour débiter votre compte de l'IDENTIFICATION DU Nom/prénoms Code postal Coordonnées du compte à BAN (International Bank Accorde) BIC (Bank Identifier Code — Compte Code — Code)	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter : Sount Number — numéro d'identification d'identification d'identification de la votre d	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Co Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le	IMPOR1
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte de l'IDENTIFICATION DU Nom/prénoms Code postal Coordonnées du compte à BAN (International Bank Accordent)	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de la compte del compte de la compte del compte de la compte del compte de la compte d	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Co Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le	IMPORT andat de prélèvemen
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte de l'IDENTIFICATION DU Nom/prénoms Code postal Coordonnées du compte à BAN (International Bank Accordent)	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter : Sount Number — numéro d'identification d'identification d'identification de la votre d	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Co Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le	IMPORT andat de prélèvemen
signant ce formulaire de mandat, vous le banque pour débiter votre compte de l'IDENTIFICATION DU Nom/prénoms Code postal Coordonnées du compte à BAN (International Bank Accorded to BIC (Bank Identifier Code — Couldent IDENTIFICATION DE L'IDENTIFICATION DE L'IDENTIFICATION DE	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter : Sount Number — numéro d'identification d'identification d'identification de la votre d	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur)	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le	IMPORT andat de prélèvemen'
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte e IDENTIFICATION DU Nom/ prénoms Code postal Coordonnées du compte à IBAN (International Bank Acculate) BIC (Bank Identifier Code — Count of the Code postal IDENTIFICATION DE Nom/ prénoms Code postal	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter votre compte confour debiter : Sount Number — numéro d'identification Code international d'identification L'ADHÉRENT (si différent ville	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur)	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le signature	IMPOR1
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte e IDENTIFICATION DU Nom/prénoms Code postal Coordonnées du compte à IBAN (International Bank Acculate BIC (Bank Identifier Code — (Company)	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter votre compte confour de la votre banque à débiter votre compte confour debiter : Sount Number — numéro d'identification Code international d'identification L'ADHÉRENT (si différent ville	e votre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur)	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le signature	IMPORT andat de prélèvemen'
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte e IDENTIFICATION DU Nom/ prénoms Code postal Coordonnées du compte à IBAN (International Bank Acculate) BIC (Bank Identifier Code — Count of the Code postal IDENTIFICATION DE Nom/ prénoms Code postal	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de trotre banque à débiter votre compte confour de trotre banque à débiter votre compte confour de trotre de	evotre contrat Néoliane Santé, à envoyer des instructions à rmément aux instructions de MUTUA GESTION. Adresse Cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur) Adresse	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le signature	IMPORT andat de prélèvemen rrgne ne sont pas aut
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte e IDENTIFICATION DU Nom/prénoms Code postal Coordonnées du compte à IBAN (International Bank Acculate BIC (Bank Identifier Code — Company prénoms Code postal IDENTIFICATION DE Nom/prénoms Code postal	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confour de trotre banque à débiter votre compte confour de trotre banque à débiter votre compte confour de trotre de la compte confour de trotre de la compte confour de trotre de la compte del compte de la compte del compte de la compte de la compte de la compte del compte de la compte de la compte de la compte de la compte de	Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur) Adresse IDENTIFICATION DU MANDAT (réserv	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le signature Pays é à MUTUA GESTION)	IMPORT andat de prélèvemen rrgne ne sont pas aut
signant ce formulaire de mandat, vous re banque pour débiter votre compte e la	s autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de trotre banque à débiter votre compte confo J PAYEUR Ville débiter: count Number — numéro d'identification Code international d'identification L'ADHÉRENT (si différent Ville J CRÉANCIER e Gestion Néoliane EDEX	Adresse cation international du compte bancaire) de votre banque) Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif du payeur) Adresse IDENTIFICATION DU MANDAT (réserv	Merci de nous retourner le présent m mplété et signé. Les prélèvements sur compte d'épa Pays Fait à le signature Pays é à MUTUA GESTION)	IMPORT andat de prélèvemen rrgne ne sont pas aut

Néoliane Tonik - 07/2023

Les données personneiles 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 épuration de la dette, le cas échéant. Pour plus d'information 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 la se 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 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 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.



Bénéficiez 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

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).



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

₩ DENTAIRE		T1	T2	T3	T4	T5	T6
	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 €
Détartrage	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68€
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0€	0€	0 €	0€
	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
Couronne céramo-métallique sur	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
deuxièmes prémolaires*	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	36 €	84 €	114€	144€	174€	204 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	370,70 €	340,70 €	310,70 €	280,70 €	250,70 €
	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
Couronne céramo-métallique sur	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84€	84€	84 €
molaires*	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	36 €	84 €	114€	144€	174€	204 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	370,70 €	340,70 €	310,70 €	280,70 €	250,70 €
	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
Couronne céramo-métallique	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
sur incisive, canine et 1ères prémolaire	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
•	100% RESTE À CHARGE	0€	0€	0€	0€	0€	0€

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

60 OPTIQUE		T1	T2	T3	T4	T5	T6
	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Équipement optique de classe A REMBOURSEMENT DU RO	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
(montures + verres) de verres unifocaux	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50€	102,50 €
(SUITE RESTE À CHARGE	100% RESTE À CHARGE	0 €	0€	0€	0€	0 €	0€
	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
Équipement optique de classe B	REMBOURSEMENT DU RO	0,09€	0,09€	0,09€	0,09€	0,09€	0,09€
(montures + verres) de verres unifocaux REMBOURSEMENT NÉOL	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 €

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Aides auditives de classe I par	DÉPENSE	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
oreille (Depuis le 01/01/2021)	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	710€	710€	710 €	710€	710 €	710 €
	100% RESTE À CHARGE	0€	0€	0€	0€	0€	0€
	DÉPENSE	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €
Aides auditives de classe II par oreille (Depuis le 01/01/2021)*	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	T 3	T4	T5	T6
	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
Consultation d'un médecin traitant	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
généraliste sans dépassement d'honoraires	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	7,50€	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1€	1 €	1€	1€	1€	1€
	DÉPENSE	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans	REMBOURSEMENT DU RO	20€	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	9€	9€	9€	9€	9€	9€
aunereni optaw/optawi-co	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1€	1€	1€	1€
Consultation d'un médecin	DÉPENSE	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
spécialiste en gynécologie	REMBOURSEMENT DU RO	20€	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	9€	15€	16,50 €	21 €	23 €	23 €
OPTAM-CO	RESTE À CHARGE	15 €	9€	7,50 €	3€	1€	1€
	DÉPENSE	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €	15,10€	15,10€	15,10€	15,10 €	15,10 €
dépassement d'honoraires libres	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	6,90€	6,90 €	8,05€	8,05€	8,05€	8,05€
non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	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 €.

LES SOLUTIONS POUR LA PRÉVOYANCE

Néoliane prévoyance

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







	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€						
	IJ 20 IJ 25 IJ 40 IJ 50 IJ 60 IJ 90 IJ 100 IJ 150	IJ 15 15€ /jour IJ 20 20€ /jour IJ 25 25€ /jour IJ 40 40€ /jour IJ 50 50€ /jour IJ 60 60€ /jour IJ 90 90€ /jour IJ 100 100€ /jour IJ 150 150€ /jour						

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**

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:

,	
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. Conditions: Compléter et signer ce formulaire	Demeurant : Code Postal : Ville : Nature des biens ou des services commandés :
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	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



Produit co-conçu et distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** — 38-40 avenue des Champs-Elysées 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.



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