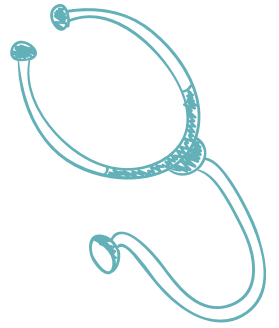


Innov Santé

by néoliane

Produit santé
non responsable





DÉCOUVREZ NOTRE PRODUIT NÉOLIANE INNOV'SANTÉ

Une complémentaire **santé non responsable** innovante

ADHÉSION
À PARTIR DE 18 ANS
ET SANS LIMITE D'ÂGE

**TARIFS
COMPÉTITIFS**
pour tous les
budgets



- ✓ **7 niveaux de garanties** pour satisfaire tout type de besoin
- ✓ Une prise en charge compétitive des **honoraires en hospitalisation** : jusqu'à **300%** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, et **jusqu'à 80€/jour pour la chambre particulière**.
- ✓ **Des avantages tarifaires selon votre profil familial** : -7% pour les couples et -10% pour les familles, dont monoparentales
- ✓ Prise en charge avantageuse de la **cure thermale** et de la **médecine naturelle***.

*excepté pour la formule 1



UN FORFAIT GLOBAL UNIQUE

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

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

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

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

HOSPITALISATION

SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)

	IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	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 réels
Honoraires							
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	125 %	140 %	165 %	190 %	215 %	315 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	150 %	155 %	180 %	205 %	230 %	330 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	230 %	280 %
Chambre particulière (illimité, hors ambulatoire) ⁽²⁾	-	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour
Frais accompagnant (lit et frais de repas par jour) ⁽³⁾	-	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Confort hospitalier : téléphone, Internet, télévision (par année d'adhésion et par assuré) ⁽²⁾	-	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires							
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

SOINS COURANTS

Médicaments	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires médicaux							
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :							
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽⁵⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	115 %	140 %	165 %	190 %	215 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	130 %	155 %	180 %	205 %	230 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽⁵⁾	100 %	100 %	105 %	130 %	130 %	155 %	180 %
Actes d'imagerie et d'échographie :							
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	150 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	105 %	130 %	130 %	130 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %	150 %
Actes techniques médicaux pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	130 %	130 %	130 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical							
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Équipements 100% Santé**

Pas de remboursement

Dentaire

Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁶⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Forfait global

Valable par assuré et sur une période de douze mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Il regroupe le remboursement des garanties des postes dentaire, optique et aides auditives.

DENTAIRE

Orthodontie remboursée par le RO
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO
Prothèses dentaires, Implantologie, Parodontie, Orthodontie pour adulte, non pris en charge par le RO ⁽⁷⁾

OPTIQUE

Monture et verres (Équipement de la Classe B - Panier Libre)*** :
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe
Équipement avec des verres complexes ou très complexes
Monture au sein de l'équipement
Lentilles acceptées ou refusées par le RO
Chirurgie réfractive de l'oeil

AIDES AUDITIVES

Aides auditives de la Classe II - Panier Libre
Accessoires et fournitures

BONUS FIDÉLITÉ	Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente, le nouveau forfait global sera :	-	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €	800 €
	Si aucun remboursement n'est intervenu les deux années précédentes, le nouveau forfait global sera :	-	450 €	550 €	650 €	750 €	850 €	950 €

AUTRES SOINS

Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue (par année d'adhésion et par assuré - limité à 30 € / acte)	-	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €	120 €
Cure thermique ⁽⁸⁾	-	100 %	100 % + 50 €	100 % + 50 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €

SERVICES

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

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

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

- (1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.
- (2) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.
- (3) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité.
- (4) Frais de transport du malade ou de l'accidenté remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
- (5) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.
- (6) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie et la parodontologie.
- (7) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses dentaires refusées par le RO mais avec cotation.
- (8) Remboursement limité aux frais réels. Forfait global annuel comprenant la prise en charge de la surveillance médicale et du traitement thermal. Pour les frais de transport et d'hébergement le remboursement est acquis y compris en l'absence de prise en charge du Régime Obligatoire. Sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.

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

**Tels que définis réglementairement. Dans le cadre d'un contrat responsable, le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives.

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

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

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

À TOUT MOMENT :

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

EN CAS DE DÉCÈS :

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

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

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

EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE AU DOMICILE :

- ✓ Livraison de médicaments

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



24H/24 7J/7
☎ 05 49 76 66 30

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

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

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



à vos côtés, où que vous soyez

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

➤ COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

Via l'application mobile MédecinDirect

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



des experts pour éclairer vos décisions de santé

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

➤ COMMENT ÇA MARCHE ?



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



Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



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

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

NÉOLIANE SANTÉ

143 Boulevard René Cassin

Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE

www.monneoliane.fr

Tél. : 04 92 17 53 58

☐ Affaire nouvelle☐ Avenant

Code courtier distributeur :

Nom du courtier distributeur :

⚠ Tous les champs de ce bulletin sont obligatoires.

ADHÉRENTS - L'adhérent principal doit être âgé à l'adhésion de 18 ans minimum.

(si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire d'adhésion)

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

⚠ Sous réserve de l'acceptation de cette date par votre assureur actuel et du paiement de la première cotisation. La date d'effet de votre adhésion figurera dans le certificat d'adhésion. Si vous résiliez votre contrat actuel au titre de votre droit à résiliation infra annuelle, nous sommes dans l'obligation de vous assurer une permanence de couverture sans cumul de couverture avec votre contrat d'assurance actuel. Aussi, la date d'effet de votre nouveau contrat est susceptible de varier, sans modification de tarif. Le cas échéant, vous en serez préalablement informé. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, la date d'effet est fixée au plus tôt au sixième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

Date d'effet souhaitée

☐ NÉOLIANE INNOV'SANTÉ (complémentaire santé)☐ IS 1☐ IS 2☐ IS 3☐ IS 4☐ IS 5☐ IS 6☐ IS 7

Bénéficiaires	N° de Sécurité Sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant droit)				Cotisation
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
<input type="checkbox"/> Principal							
<input type="checkbox"/> Conjoint				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié au nom de l'adhérent ou du conjoint							Sous-total
* Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace Moselle							Réduction (cocher si applicable) : <input type="checkbox"/> Couple 7% <input type="checkbox"/> Famille** 10%
** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale							Frais d'association, d'assistance et de courtage (par mois)***
							2,50 €
							Cotisation mensuelle
							Frais de dossier (prélèvement unique)
							20 €

☐ IJH ACCIDENT

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

Adhésion possible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhésion

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	<input type="checkbox"/> 2,48 €	<input type="checkbox"/> 2,91 €	<input type="checkbox"/> 3,34 €	<input type="checkbox"/> 4,63 €	<input type="checkbox"/> 5,50 €	<input type="checkbox"/> 6,36 €	<input type="checkbox"/> 7,22 €	<input type="checkbox"/> 7,66 €	<input type="checkbox"/> 8,09 €	<input type="checkbox"/> 8,95 €	<input type="checkbox"/> 9,81 €
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 2,48 €	<input type="checkbox"/> 2,91 €	<input type="checkbox"/> 3,34 €	<input type="checkbox"/> 4,63 €	<input type="checkbox"/> 5,50 €	<input type="checkbox"/> 6,36 €	<input type="checkbox"/> 7,22 €	<input type="checkbox"/> 7,66 €	<input type="checkbox"/> 8,09 €	<input type="checkbox"/> 8,95 €	<input type="checkbox"/> 9,81 €
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	<input type="checkbox"/> 2,48 €	<input type="checkbox"/> 2,91 €	<input type="checkbox"/> 3,34 €	<input type="checkbox"/> 4,63 €	<input type="checkbox"/> 5,50 €	<input type="checkbox"/> 6,36 €	<input type="checkbox"/> 7,22 €	<input type="checkbox"/> 7,66 €	<input type="checkbox"/> 8,09 €	<input type="checkbox"/> 8,95 €	<input type="checkbox"/> 9,81 €
<input type="checkbox"/> Enfant 2	<input type="checkbox"/> 2,48 €	<input type="checkbox"/> 2,91 €	<input type="checkbox"/> 3,34 €	<input type="checkbox"/> 4,63 €	<input type="checkbox"/> 5,50 €	<input type="checkbox"/> 6,36 €	<input type="checkbox"/> 7,22 €	<input type="checkbox"/> 7,66 €	<input type="checkbox"/> 8,09 €	<input type="checkbox"/> 8,95 €	<input type="checkbox"/> 9,81 €
<input type="checkbox"/> Enfant 3	<input type="checkbox"/> 2,48 €	<input type="checkbox"/> 2,91 €	<input type="checkbox"/> 3,34 €	<input type="checkbox"/> 4,63 €	<input type="checkbox"/> 5,50 €	<input type="checkbox"/> 6,36 €	<input type="checkbox"/> 7,22 €	<input type="checkbox"/> 7,66 €	<input type="checkbox"/> 8,09 €	<input type="checkbox"/> 8,95 €	<input type="checkbox"/> 9,81 €
<input type="checkbox"/> Enfant 4	<input type="checkbox"/> 2,48 €	<input type="checkbox"/> 2,91 €	<input type="checkbox"/> 3,34 €	<input type="checkbox"/> 4,63 €	<input type="checkbox"/> 5,50 €	<input type="checkbox"/> 6,36 €	<input type="checkbox"/> 7,22 €	<input type="checkbox"/> 7,66 €	<input type="checkbox"/> 8,09 €	<input type="checkbox"/> 8,95 €	<input type="checkbox"/> 9,81 €
<input type="checkbox"/> Enfant 5	<input type="checkbox"/> 2,48 €	<input type="checkbox"/> 2,91 €	<input type="checkbox"/> 3,34 €	<input type="checkbox"/> 4,63 €	<input type="checkbox"/> 5,50 €	<input type="checkbox"/> 6,36 €	<input type="checkbox"/> 7,22 €	<input type="checkbox"/> 7,66 €	<input type="checkbox"/> 8,09 €	<input type="checkbox"/> 8,95 €	<input type="checkbox"/> 9,81 €
• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € / jour)											Cotisation mensuelle

☐ IJH ACCIDENT (Suite)

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	<input type="checkbox"/> 10,68 €	<input type="checkbox"/> 11,54 €	<input type="checkbox"/> 11,97 €	<input type="checkbox"/> 12,40 €	<input type="checkbox"/> 13,27 €	<input type="checkbox"/> 14,13 €	<input type="checkbox"/> 14,99 €	<input type="checkbox"/> 16,29 €	<input type="checkbox"/> 16,72 €	<input type="checkbox"/> 17,58 €	<input type="checkbox"/> 18,45 €
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 10,68 €	<input type="checkbox"/> 11,54 €	<input type="checkbox"/> 11,97 €	<input type="checkbox"/> 12,40 €	<input type="checkbox"/> 13,27 €	<input type="checkbox"/> 14,13 €	<input type="checkbox"/> 14,99 €	<input type="checkbox"/> 16,29 €	<input type="checkbox"/> 16,72 €	<input type="checkbox"/> 17,58 €	<input type="checkbox"/> 18,45 €
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	<input type="checkbox"/> 10,68 €	<input type="checkbox"/> 11,54 €	<input type="checkbox"/> 11,97 €	<input type="checkbox"/> 12,40 €	<input type="checkbox"/> 13,27 €	<input type="checkbox"/> 14,13 €	<input type="checkbox"/> 14,99 €	<input type="checkbox"/> 16,29 €	<input type="checkbox"/> 16,72 €	<input type="checkbox"/> 17,58 €	<input type="checkbox"/> 18,45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 2	<input type="checkbox"/> 10,68 €	<input type="checkbox"/> 11,54 €	<input type="checkbox"/> 11,97 €	<input type="checkbox"/> 12,40 €	<input type="checkbox"/> 13,27 €	<input type="checkbox"/> 14,13 €	<input type="checkbox"/> 14,99 €	<input type="checkbox"/> 16,29 €	<input type="checkbox"/> 16,72 €	<input type="checkbox"/> 17,58 €	<input type="checkbox"/> 18,45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 3	<input type="checkbox"/> 10,68 €	<input type="checkbox"/> 11,54 €	<input type="checkbox"/> 11,97 €	<input type="checkbox"/> 12,40 €	<input type="checkbox"/> 13,27 €	<input type="checkbox"/> 14,13 €	<input type="checkbox"/> 14,99 €	<input type="checkbox"/> 16,29 €	<input type="checkbox"/> 16,72 €	<input type="checkbox"/> 17,58 €	<input type="checkbox"/> 18,45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 4	<input type="checkbox"/> 10,68 €	<input type="checkbox"/> 11,54 €	<input type="checkbox"/> 11,97 €	<input type="checkbox"/> 12,40 €	<input type="checkbox"/> 13,27 €	<input type="checkbox"/> 14,13 €	<input type="checkbox"/> 14,99 €	<input type="checkbox"/> 16,29 €	<input type="checkbox"/> 16,72 €	<input type="checkbox"/> 17,58 €	<input type="checkbox"/> 18,45 €
<input type="checkbox"/> Enfant 5	<input type="checkbox"/> 10,68 €	<input type="checkbox"/> 11,54 €	<input type="checkbox"/> 11,97 €	<input type="checkbox"/> 12,40 €	<input type="checkbox"/> 13,27 €	<input type="checkbox"/> 14,13 €	<input type="checkbox"/> 14,99 €	<input type="checkbox"/> 16,29 €	<input type="checkbox"/> 16,72 €	<input type="checkbox"/> 17,58 €	<input type="checkbox"/> 18,45 €
• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € / jour)											Cotisation mensuelle

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par l'adhérent 2/2

☐ CAPITAL DÉCÈS/ PTIA*
CAPITAL PAR ACCIDENT
Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus

<div><input type="checkbox"/></div> <div>CAPITAL DÉCÈS/ PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT</div> <div>Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus</div>	15 000 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	75 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	<input type="checkbox"/> 3,36 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €	<input type="checkbox"/> 5,04 €	<input type="checkbox"/> 5,88 €	<input type="checkbox"/> 6,72 €	<input type="checkbox"/> 7,56 €	<input type="checkbox"/> 9,24 €	<input type="checkbox"/> 10,92 €	<input type="checkbox"/> 12,60 €	<input type="checkbox"/> 13,44 €	<input type="checkbox"/> 14,28 €	<input type="checkbox"/> 15,96 €	<input type="checkbox"/> 17,64 €
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 3,36 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €	<input type="checkbox"/> 5,04 €	<input type="checkbox"/> 5,88 €	<input type="checkbox"/> 6,72 €	<input type="checkbox"/> 7,56 €	<input type="checkbox"/> 9,24 €	<input type="checkbox"/> 10,92 €	<input type="checkbox"/> 12,60 €	<input type="checkbox"/> 13,44 €	<input type="checkbox"/> 14,28 €	<input type="checkbox"/> 15,96 €	<input type="checkbox"/> 17,64 €
Cotisation mensuelle													

*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre, en précisant leur nom, nom de naissance, tous les prénoms, dates et lieu de naissance, adresse complète et quote-part éventuelle. À défaut d'une telle désignation : le bénéficiaire en cas de décès est le le conjoint survivant de l'Assuré non séparé de corps judiciairement, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'Assuré.

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

<input type="checkbox"/> NÉOLIANE INNOV'SANTÉ (complémentaire santé)	
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)	
<input type="checkbox"/> CAPITAL DÉCÈS / PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT	
* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***
	2.50 €
COTISATION TOTALE MENSUELLE	
Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance cochée	
20 €	

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

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

Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupeement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes Ayants droit présents sur la présente demande d'adhésion. Je déclare avoir reçu sur support durable et pris connaissance des Notices et des statuts mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane Innov'Santé, la Notice valant conditions générales référencée : EQC1074A_NI_07/2023, des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 26 de cette Notice, de l'IPID, ainsi que des statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévenir Hospi, la Notice valant conditions générales référencée 2/032 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévenir Décès, la Notice valant conditions générales référencée 1/066 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites. J'atteste être informé(e) de mon droit mentionné à l'article L112-2-1 II du Code des assurances, de renoncer à mon adhésion dans les conditions et dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales. Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réclamation ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. Je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restants à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. La protection des données personnelles : Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de l'adhésion santé Néoliane Innov'Santé font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'EQUITE en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé, en tant que Délégué à la gestion : souscription des contrats ; résiliation des anciens contrats ; gestion de la vie du contrat ; encaissement et recouvrement des primes ; gestion et règlement des sinistres ; gestion des réclamations dites de niveau 1 ; archivages des pièces de gestion et documents comptables. Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription et de résiliation le cas échéant, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique le consentement, l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles. Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales. Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime. Dans les conditions prévues par la réglementation : vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation ; vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires. Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel R - Bat C – 06200 NICE ; adresse email : dpo@neoliane.fr. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par l'Equité en qualité d'Assureur, nous vous invitons à consulter l'article 21 de la Notice d'information. En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement. Pour PREPAR-IARD, assureur du contrat Néoliane Prévenir Hospi et Prévenir Décès, vous pouvez vous reporter à l'article 18 Protection des données personnelles des Notices d'information référencées 2/032 et 1/066. Opposition au démarchage téléphonique : les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex. Il est porté à la connaissance de l'adhérent que le présent contrat est fourni de manière exclusivement électronique. En signant la présente demande d'adhésion, l'Adhérent reconnaît explicitement qu'il ne pourra exiger l'usage du papier au cours de l'exécution contractuelle.

FAIT À LE

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

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

Mandat de prélèvement SEPA

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

IMPORTANT :

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

Identification du payeur

Nom / prénoms	Adresse
Code postal	Ville
Pays	
Coordonnées du compte à débiter :	
IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire)	
BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque)	
Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>	
Fait à le signature	

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom / prénoms	Adresse
Code postal	Ville
Pays	

Identification du créancier

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel R - Bat C
06200 Nice
Identification Créancier SEPA (ICS) :
FR24ZZ870ADF

Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)

RUM (Référence Unique de Mandat)
La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier
Référence de contrat

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apuration de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information de votre contrat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 NICE
www.monneoliane.fr
Tél. : 04 92 17 53 58

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

Code courtier distributeur :
Nom du courtier distributeur :

Tous les champs de ce bulletin sont obligatoires.

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

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

Sous réserve de l'acceptation de cette date par votre assureur actuel et du paiement de la première cotisation. La date d'effet de votre adhésion figurera dans le certificat d'adhésion. Si vous résiliez votre contrat actuel au titre de votre droit à résiliation infra annuelle, nous sommes dans l'obligation de vous assurer une permanence de couverture sans cumul de couverture avec votre contrat d'assurance actuel. Aussi, la date d'effet de votre nouveau contrat est susceptible de varier, sans modification de tarif. Le cas échéant, vous en serez préalablement informé. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, la date d'effet est fixée au plus tôt au sixième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

Date d'effet souhaitée

☐ NÉOLIANE INNOV'SANTÉ (complémentaire santé)

☐ IS 1☐ IS 2☐ IS 3☐ IS 4☐ IS 5☐ IS 6☐ IS 7

Bénéficiaires	N° de Sécurité Sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant droit)				Cotisation
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
<input type="checkbox"/> Principal							
<input type="checkbox"/> Conjoint				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié au nom de l'adhérent ou du conjoint							
* Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace Moselle							
** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale							
Sous-total							
Réduction (cocher si applicable) : <input type="checkbox"/> Couple 7% <input type="checkbox"/> Famille** 10%							
Frais d'association, d'assistance et de courtage (par mois)***							
Cotisation mensuelle							
Frais de dossier (prélèvement unique)							

☐ IJH ACCIDENT

(Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident*)
Adhésion possible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhésion

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	<input type="checkbox"/> 2,48€	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 2,48€	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	<input type="checkbox"/> 2,48€	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
<input type="checkbox"/> Enfant 2	<input type="checkbox"/> 2,48€	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
<input type="checkbox"/> Enfant 3	<input type="checkbox"/> 2,48€	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
<input type="checkbox"/> Enfant 4	<input type="checkbox"/> 2,48€	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
<input type="checkbox"/> Enfant 5	<input type="checkbox"/> 2,48€	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
Cotisation mensuelle											

☐ IJH ACCIDENT (Suite)

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	<input type="checkbox"/> 10,68€	<input type="checkbox"/> 11,54€	<input type="checkbox"/> 11,97€	<input type="checkbox"/> 12,40€	<input type="checkbox"/> 13,27€	<input type="checkbox"/> 14,13€	<input type="checkbox"/> 14,99€	<input type="checkbox"/> 16,29€	<input type="checkbox"/> 16,72€	<input type="checkbox"/> 17,58€	<input type="checkbox"/> 18,45€
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 10,68€	<input type="checkbox"/> 11,54€	<input type="checkbox"/> 11,97€	<input type="checkbox"/> 12,40€	<input type="checkbox"/> 13,27€	<input type="checkbox"/> 14,13€	<input type="checkbox"/> 14,99€	<input type="checkbox"/> 16,29€	<input type="checkbox"/> 16,72€	<input type="checkbox"/> 17,58€	<input type="checkbox"/> 18,45€
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	<input type="checkbox"/> 10,68€	<input type="checkbox"/> 11,54€	<input type="checkbox"/> 11,97€	<input type="checkbox"/> 12,40€	<input type="checkbox"/> 13,27€	<input type="checkbox"/> 14,13€	<input type="checkbox"/> 14,99€	<input type="checkbox"/> 16,29€	<input type="checkbox"/> 16,72€	<input type="checkbox"/> 17,58€	<input type="checkbox"/> 18,45€
<input type="checkbox"/> Enfant 2	<input type="checkbox"/> 10,68€	<input type="checkbox"/> 11,54€	<input type="checkbox"/> 11,97€	<input type="checkbox"/> 12,40€	<input type="checkbox"/> 13,27€	<input type="checkbox"/> 14,13€	<input type="checkbox"/> 14,99€	<input type="checkbox"/> 16,29€	<input type="checkbox"/> 16,72€	<input type="checkbox"/> 17,58€	<input type="checkbox"/> 18,45€
<input type="checkbox"/> Enfant 3	<input type="checkbox"/> 10,68€	<input type="checkbox"/> 11,54€	<input type="checkbox"/> 11,97€	<input type="checkbox"/> 12,40€	<input type="checkbox"/> 13,27€	<input type="checkbox"/> 14,13€	<input type="checkbox"/> 14,99€	<input type="checkbox"/> 16,29€	<input type="checkbox"/> 16,72€	<input type="checkbox"/> 17,58€	<input type="checkbox"/> 18,45€
<input type="checkbox"/> Enfant 4	<input type="checkbox"/> 10,68€	<input type="checkbox"/> 11,54€	<input type="checkbox"/> 11,97€	<input type="checkbox"/> 12,40€	<input type="checkbox"/> 13,27€	<input type="checkbox"/> 14,13€	<input type="checkbox"/> 14,99€	<input type="checkbox"/> 16,29€	<input type="checkbox"/> 16,72€	<input type="checkbox"/> 17,58€	<input type="checkbox"/> 18,45€
<input type="checkbox"/> Enfant 5	<input type="checkbox"/> 10,68€	<input type="checkbox"/> 11,54€	<input type="checkbox"/> 11,97€	<input type="checkbox"/> 12,40€	<input type="checkbox"/> 13,27€	<input type="checkbox"/> 14,13€	<input type="checkbox"/> 14,99€	<input type="checkbox"/> 16,29€	<input type="checkbox"/> 16,72€	<input type="checkbox"/> 17,58€	<input type="checkbox"/> 18,45€
Cotisation mensuelle											

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par le courtier distributeur 2/2

☐ CAPITAL DÉCÈS/ PTIA*
CAPITAL PAR ACCIDENT
Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus

<div><input type="checkbox"/> CAPITAL DÉCÈS/ PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT</div> <div>Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus</div>	15 000 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	75 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	<input type="checkbox"/> 3,36 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €	<input type="checkbox"/> 5,04 €	<input type="checkbox"/> 5,88 €	<input type="checkbox"/> 6,72 €	<input type="checkbox"/> 7,56 €	<input type="checkbox"/> 9,24 €	<input type="checkbox"/> 10,92 €	<input type="checkbox"/> 12,60 €	<input type="checkbox"/> 13,44 €	<input type="checkbox"/> 14,28 €	<input type="checkbox"/> 15,96 €	<input type="checkbox"/> 17,64 €
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 3,36 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €	<input type="checkbox"/> 5,04 €	<input type="checkbox"/> 5,88 €	<input type="checkbox"/> 6,72 €	<input type="checkbox"/> 7,56 €	<input type="checkbox"/> 9,24 €	<input type="checkbox"/> 10,92 €	<input type="checkbox"/> 12,60 €	<input type="checkbox"/> 13,44 €	<input type="checkbox"/> 14,28 €	<input type="checkbox"/> 15,96 €	<input type="checkbox"/> 17,64 €
Cotisation mensuelle													

*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre, en précisant leur nom, nom de naissance, tous les prénoms, dates et lieu de naissance, adresse complète et quote-part éventuelle. À défaut d'une telle désignation : le bénéficiaire en cas de décès est le le conjoint survivant de l'Assuré non séparé de corps judiciairement, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'Assuré.

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

<input type="checkbox"/> NÉOLIANE INNOV'SANTÉ (complémentaire santé)	
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)	
<input type="checkbox"/> CAPITAL DÉCÈS / PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT	
* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***
	2.50 €
COTISATION TOTALE MENSUELLE	
Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance cochée	
20 €	

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

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

Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupe pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes Ayants droit présents sur la présente demande d'adhésion. Je déclare avoir reçu sur support durable et pris connaissance des Notices et des statuts mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane Innov'Santé, la Notice valant conditions générales référencée : EQC1074A_NI_07/2023, des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 26 de cette Notice, de l'IPID, ainsi que des statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévenir Hospi, la Notice valant conditions générales référencée 2/032 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévenir Décès, la Notice valant conditions générales référencée 1/066 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites. J'atteste être informé(e) de mon droit mentionné à l'article L112-2-1 II du Code des assurances, de renoncer à mon adhésion dans les conditions et dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales. Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réclamation pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. Je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restants à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. La protection des données personnelles : Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de l'adhésion santé Néoliane Innov'Santé font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'EQUITE en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé, en tant que Délégué à la gestion : souscription des contrats ; résiliation des anciens contrats ; gestion de la vie du contrat ; encaissement et recouvrement des primes ; gestion et règlement des sinistres ; gestion des réclamations dites de niveau 1 ; archivages des pièces de gestion et documents comptables. Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription et de résiliation le cas échéant, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique le consentement, l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles. Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales. Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime. Dans les conditions prévues par la réglementation : vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation ; vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires. Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel R - Bat C – 06200 NICE ; adresse email : dpo@neoliane.fr. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par l'Equité en qualité d'Assureur, nous vous invitons à consulter l'article 21 de la Notice d'information. En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement. Pour PREPAR-IARD, assureur du contrat Néoliane Prévenir Hospi et Prévenir Décès, vous pouvez vous reporter à l'article 18 Protection des données personnelles des Notices d'information référencées 2/032 et 1/066. Opposition au démarchage téléphonique : les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex. Il est porté à la connaissance de l'adhérent que le présent contrat est fourni de manière exclusivement électronique. En signant la présente demande d'adhésion, l'Adhérent reconnaît explicitement qu'il ne pourra exiger l'usage du papier au cours de l'exécution contractuelle.

FAIT À LE

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

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

Mandat de prélèvement SEPA

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

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

Identification du payeur

Nom / prénoms

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Coordonnées du compte à débiter :

IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire)

BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque)

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Fait à le signature

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom / prénoms

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Identification du créancier

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel R - Bat C
06200 Nice
Identification Créancier SEPA (ICS) :
FR24ZZ870ADF

Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)

RUM (Référence Unique de Mandat)

La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier

Référence de contrat

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apuration de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information de votre contrat.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

NÉOLIANE SANTÉ

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

☐ Affaire nouvelle

☐ Avenant

Code courtier distributeur :

Nom du courtier distributeur :

⚠ Tous les champs de ce bulletin sont obligatoires.

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

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

Date d'effet souhaitée

⚠ Sous réserve de l'acceptation de cette date par votre assureur actuel et du paiement de la première cotisation. La date d'effet de votre adhésion figurera dans le certificat d'adhésion. Si vous résiliez votre contrat actuel au titre de votre droit à résiliation infra annuelle, nous sommes dans l'obligation de vous assurer une permanence de couverture sans cumul de couverture avec votre contrat d'assurance actuel. Aussi, la date d'effet de votre nouveau contrat est susceptible de varier, sans modification de tarif. Le cas échéant, vous en serez préalablement informé. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, la date d'effet est fixée au plus tôt au sixième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

☐ NÉOLIANE INNOV'SANTÉ (complémentaire santé)

☐ IS 1

☐ IS 2

☐ IS 3

☐ IS 4

☐ IS 5

☐ IS 6

☐ IS 7

Bénéficiaires	N° de Sécurité Sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant droit)				Cotisation
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
<input type="checkbox"/> Principal							
<input type="checkbox"/> Conjoint				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié au nom de l'adhérent ou du conjoint							Sous-total
* Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace Moselle							
** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale							
Réduction (cocher si applicable) : <input type="checkbox"/> Couple 7% <input type="checkbox"/> Famille** 10%							
Frais d'association, d'assistance et de courtage (par mois)***							2,50 €
Cotisation mensuelle							
Frais de dossier (prélèvement unique)							20 €

☐ IJH ACCIDENT

(Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident*)
Adhésion possible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhésion

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Conjoint	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 2	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 3	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 4	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 5	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
* Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)											Cotisation mensuelle

☐ IJH ACCIDENT (Suite)

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Conjoint	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 2	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 3	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 4	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 5	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
* Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)											Cotisation mensuelle

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par Néoliane Santé 2/2

☐ CAPITAL DÉCÈS/ PTIA*
CAPITAL PAR ACCIDENT
Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus

<div><input type="checkbox"/> CAPITAL DÉCÈS/ PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT</div> <div>Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus</div>	15 000 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	75 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	<input type="checkbox"/> 3,36 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €	<input type="checkbox"/> 5,04 €	<input type="checkbox"/> 5,88 €	<input type="checkbox"/> 6,72 €	<input type="checkbox"/> 7,56 €	<input type="checkbox"/> 9,24 €	<input type="checkbox"/> 10,92 €	<input type="checkbox"/> 12,60 €	<input type="checkbox"/> 13,44 €	<input type="checkbox"/> 14,28 €	<input type="checkbox"/> 15,96 €	<input type="checkbox"/> 17,64 €
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 3,36 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €	<input type="checkbox"/> 5,04 €	<input type="checkbox"/> 5,88 €	<input type="checkbox"/> 6,72 €	<input type="checkbox"/> 7,56 €	<input type="checkbox"/> 9,24 €	<input type="checkbox"/> 10,92 €	<input type="checkbox"/> 12,60 €	<input type="checkbox"/> 13,44 €	<input type="checkbox"/> 14,28 €	<input type="checkbox"/> 15,96 €	<input type="checkbox"/> 17,64 €
Cotisation mensuelle													

*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre, en précisant leur nom, nom de naissance, tous les prénoms, dates et lieu de naissance, adresse complète et quote-part éventuelle. À défaut d'une telle désignation : le bénéficiaire en cas de décès est le le conjoint survivant de l'Assuré non séparé de corps judiciairement, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'Assuré.

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

<input type="checkbox"/> NÉOLIANE INNOV'SANTÉ (complémentaire santé)	
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)	
<input type="checkbox"/> CAPITAL DÉCÈS / PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT	
* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***
	2.50 €
COTISATION TOTALE MENSUELLE	
Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance cochée	
20 €	

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

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

Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupe pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes Ayants droit présents sur la présente demande d'adhésion. Je déclare avoir reçu sur support durable et pris connaissance des Notices et des statuts mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane Innov'Santé, la Notice valant conditions générales référencée : EQC1074A_NI_07/2023, des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 26 de cette Notice, de l'IPID, ainsi que des statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévenir Hospi, la Notice valant conditions générales référencée 2/032 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévenir Décès, la Notice valant conditions générales référencée 1/066 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites. J'atteste être informé(e) de mon droit mentionné à l'article L112-2-1 II du Code des assurances, de renoncer à mon adhésion dans les conditions et dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales. Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réclamation ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. Je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restants à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. La protection des données personnelles : Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de l'adhésion santé Néoliane Innov'Santé font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'EQUITE en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé, en tant que Délégué à la gestion : souscription des contrats ; résiliation des anciens contrats ; gestion de la vie du contrat ; encaissement et recouvrement des primes ; gestion et règlement des sinistres ; gestion des réclamations dites de niveau 1 ; archivages des pièces de gestion et documents comptables. Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription et de résiliation le cas échéant, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique le consentement, l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles. Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales. Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime. Dans les conditions prévues par la réglementation : vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation ; vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires. Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel R - Bat C – 06200 NICE ; adresse email : dpo@neoliane.fr. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par l'Equité en qualité d'Assureur, nous vous invitons à consulter l'article 21 de la Notice d'information. En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement. Pour PREPAR-IARD, assureur du contrat Néoliane Prévenir Hospi et Prévenir Décès, vous pouvez vous reporter à l'article 18 Protection des données personnelles des Notices d'information référencées 2/032 et 1/066. Opposition au démarchage téléphonique : les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex. Il est porté à la connaissance de l'adhérent que le présent contrat est fourni de manière exclusivement électronique. En signant la présente demande d'adhésion, l'Adhérent reconnaît explicitement qu'il ne pourra exiger l'usage du papier au cours de l'exécution contractuelle.

FAIT À LE

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

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

Mandat de prélèvement SEPA

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

IMPORTANT :

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

Identification du payeur

Nom / prénoms

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Coordonnées du compte à débiter :

IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire)

BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque)

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Fait à le signature

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom / prénoms

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Identification du créancier

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel R - Bat C
06200 Nice
Identification Créancier SEPA (ICS) :
FR24ZZ870ADF

Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)

RUM (Référence Unique de Mandat)

La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier

Référence de contrat

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apuration de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information de votre contrat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

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

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



HOSPITALISATION

	IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
e	20€	20€	20€	20€	20€	20€	20€
0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
e	20€	20€	20€	20€	20€	20€	20€
➡	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane	0 €	40 €	50 €	60 €	60 €	70 €	80 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée						

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

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

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 745,54€

	Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						
OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane	0 €	67,93 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €	15,37 €	0 €	0 €	0 €	0 €

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

	Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane	0 €	13,58 €	81,51 €	149,44 €	175,30 €	175,30 €
	RESTE À CHARGE	175,30 €	161,72 €	93,79 €	25,86 €	0 €	0 €

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

Séjours sans actes lourds
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.

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

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

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

DENTAIRE

		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
		Soins et prothèses 100% santé						
POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires	Dépense	Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé						
	Remboursement du RO							
	Remboursement Néoliane							
	RESTE À CHARGE							

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 120€

		Soins (hors 100% santé)						
DÉTARTRAGE	Dépense	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €
	Remboursement du RO	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €
	Remboursement Néoliane	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 43,38€

		Prothèses (hors 100% santé)						
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES	Dépense	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48€	537,48 €	537,48 €	537,48 €
	Remboursement du RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	Remboursement Néoliane*	0 €	150 €	250 €	350 €	450 €	462,23 €	462,23 €
	RESTE À CHARGE	462,23 €	312,23 €	212,23 €	112,23 €	12,23 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 107,50€

		Orthodontie (moins de 16 ans)						
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max.)	Dépense	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €
	Remboursement du RO	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €
	Remboursement Néoliane*	0,00 €	150,00 €	250,00 €	350,00 €	450,00 €	526,50 €	526,50 €
	RESTE À CHARGE	526,50 €	376,50 €	276,50 €	176,50 €	76,50 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 193,50€

*Montant du remboursement alloué en Dentaire sous réserve de déduction des dépenses réalisées sur les Aides Auditives et en Optique au cours de l'année d'adhésion pour l'Assuré concerné (et sans prise en compte des éventuels bonus fidélité)

OPTIQUE

		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
		Équipements 100% santé						
VERRES SIMPLES ET MONTURE (+) PAR VERRE (+) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé						
	Remboursement du RO							
	Remboursement Néoliane							
	RESTE À CHARGE							

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 12,75 € par verre + 9 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (+) PAR VERRE (+) MONTURE (limie à 100€)	Dépense	Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé						
	Remboursement du RO							
	Remboursement Néoliane							
	RESTE À CHARGE							

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 27 € par verre + 9 €

		Équipements (hors 100% santé)						
VERRES SIMPLES ET MONTURE (+) PAR VERRE (+) MONTURE	Dépense	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)
	Remboursement du RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement Néoliane**	0,00 €	150 €	250 €	338,91 €	338,91€	338,91€	338,91€
	RESTE À CHARGE	338,91 €	188,91 €	88,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 0,05 € par verre + 0,05 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (+) PAR VERRE (+) MONTURE	Dépense	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)
	Remboursement du RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement Néoliane**	0,00 €	150 €	250 €	350 €	450 €	550 €	600,91 €
	RESTE À CHARGE	600,91 €	450,91 €	350,91 €	250,91 €	150,91 €	50,91 €	0,00 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 0,05 € par verre + 0,05 €


		Lentilles						
LENTILLES non remboursées par le RO	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane**	0,00 €	150,00 €	250,00 €	350,00 €	450,00 €	550,00 €	650,00 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée						

		Chirurgie réfractive						
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane**	0,00 €	150,00 €	250,00 €	350,00 €	450,00 €	550,00 €	650,00 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée						

**Montant du remboursement de la complémentaire santé alloué en Optique sous réserve de déduction des dépenses réalisées sur les Aides auditives et en Dentaire au cours de l'année d'adhésion pour l'Assuré concerné (et sans prise en compte des éventuels bonus fidélité)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

AIDES AUDITIVES

		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
		Équipements 100% santé						
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ	Dépense	Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé						
	Remboursement du RO							
	Remboursement Néoliane							
	100% SANTÉ  RESTE À CHARGE							

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 400€ par oreille pour un patient de plus de 20 ans.

		Équipements (hors 100% santé)						
ÉQUIPEMENTS (HORS 100% SANTÉ)	Dépense	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
	Remboursement du RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	Remboursement Néoliane***	0,00 €	150,00 €	250,00 €	350,00 €	450,00 €	550,00 €	650,00 €
	RESTE À CHARGE	1 236,00 €	1 086,00 €	986,00 €	886,00 €	786,00 €	686,00 €	586,00 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 400€ par oreille pour un patient de plus de 20 ans.

***Montant du remboursement alloué aux Aides Auditives sous réserve de déduction des dépenses réalisées en Optique et en Dentaire au cours de l'année d'adhésion pour l'Assuré concerné (et sans prise en compte des éventuels bonus fidélité)

SOINS COURANTS

		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
		Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE pour un patient de plus de 18 ans	Dépense	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	Remboursement du RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	Remboursement Néoliane	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 25€

CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane	9 €	9 €	16,50 €	23 €	23 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	15 €	7,50 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de 2 à 16 ans	Dépense	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €
	Remboursement du RO	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €
	Remboursement Néoliane	6,90 €	6,90 €	8,05 €	13,80 €	13,80 €	19,55 €	25,30 €
	RESTE À CHARGE	32 €	32 €	30,85 €	25,10 €	25,10 €	19,35 €	13,60 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €
	Remboursement du RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	Remboursement Néoliane	6,90 €	6,90 €	8,05 €	13,80 €	13,80 €	19,55 €	25,30 €
	RESTE À CHARGE	35 €	35 €	33,85 €	28,10 €	28,10 €	22,35 €	16,60 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

		Matériel médical						
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	Dépense	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €
	Remboursement du RO	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €
	Remboursement Néoliane	0 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €
	RESTE À CHARGE	11,16 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 24,40€

IJH : Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation par accident

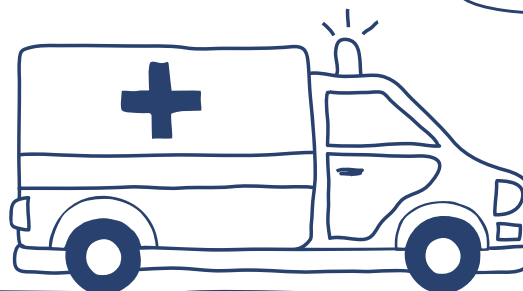
Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence.

Pour faire face au quotidien, bénéficiez du versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident.

à partir de 2,48 € par mois,

vous bénéficiez des avantages suivants :

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



	Allocation	Cotisation mensuelle par Assuré ⁽¹⁾
IJ 15	15€ /jour	2.48 €
IJ 20	20€ /jour	2.91€
IJ 25	25€ /jour	3.34€
IJ 40	40€ /jour	4.63€
IJ 50	50€ /jour	5.50€
IJ 60	60€ /jour	6.36€
IJ 70	70€ /jour	7.22€
IJ 75	75€ /jour	7.66€
IJ 80	80€ /jour	8.09€
IJ 90	90€ /jour	8.95€
IJ 100	100€ /jour	9.81€
IJ 110	110€ /jour	10.68€
IJ 120	120€ /jour	11.54€
IJ 125	125€ /jour	11.97€
IJ 130	130€ /jour	12.40€
IJ 140	140€ /jour	13.27€
IJ 150	150€ /jour	14.13€
IJ 160	160€ /jour	14.99€
IJ 175	175€ /jour	16.29€
IJ 180	180€ /jour	16.72€
IJ 190	190€ /jour	17.58€
IJ 200	200€ /jour	18.45€

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

Caractéristiques de l'offre IJH :

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



ANNULATION DE VOTRE ADHÉSION EN CAS DE DÉMARCHAGE À DOMICILE

En application du Code de la consommation, articles L.121-23 à L.121-2.

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

Conditions : Compléter et signer ce formulaire

L'envoyer par courrier

Utiliser l'adresse figurant au dos et l'expédier au plus tard le quatorzième jour à partir du jour de la commande ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Date et signature le :

« Je soussigné(e) ☐ M. ☐ M^{me}
 Nom : Prénom :
 Demeurant :
 Code Postal : [] [] [] [] [] Ville :
 Nature des biens ou des services commandés :
 Date de l'adhésion :
 Numéro d'adhérent :
 déclare renoncer à mon adhésion au contrat susvisé et demande le remboursement des cotisations versées. »



Complémentaire santé

Pour suivre tous vos remboursements, rendez-vous sur :
www.monneoliane.fr



EOC1074A_DA_07/2023 – Imp : Juillet 2023

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 NICE – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice N°B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Produit assuré par **L'ÉQUITÉ** – 2 rue Pillet-Will – 75009 PARIS – SA au capital de 26 469 320 € – RCS Paris N°B 572 084 697 00059 – Entreprise régie par le Code des assurances – Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le N° 026.

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

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

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