

Néoliane  
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Hospisanté<sup>+</sup>  
by néoliane

Produit santé  
non responsable



L'Équité



DEMANDE  
D'ADHÉSION

Complémentaire santé

### HOSPITALISATION - La carence et les limitations ne sont pas appliquées en cas d'accident <sup>(1)(2)</sup>

	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
<b>SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)</b>						
Forfait journalier hospitalier- <i>Non remboursé durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour remboursés par le RO <sup>(3)</sup> - <i>Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Honoraires</b>						
Chirurgie et anesthésie pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO* - <i>Limitées à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	150%	300%	400%	100%	300%	400%
Chambre particulière (hors ambulatoire) <sup>(4)</sup> <i>Non remboursée durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	40€ / jour	75€ / jour	90€ / jour	45€ / jour	75€ / jour	90€ / jour
Lit accompagnant enfant et adulte - <i>Non remboursé durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	5€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour

### SOINS COURANTS

Médicaments	-	-	-	100%	100%	100%
<b>Honoraires</b>						
Médecins généralistes et spécialistes adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO*	-	-	-	100%	150%	250%

### 🦷 DENTAIRE

⚠️ Néoliane HospiSanté ne prend pas en charge le remboursement des frais dentaires.

### 👁️ OPTIQUE

⚠️ Néoliane HospiSanté ne prend pas en charge le remboursement des frais optiques.

### 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, ect.)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

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 160-13 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2014-1374 du 18 novembre 2014. 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 remboursements 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)** L'hospitalisation est prise en charge dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux (dont les maisons d'accueil spécialisées), à l'exception des unités ou centres de soins de longue durée (USLD). Pour en savoir plus sur les établissements exclus, nous vous invitons à vous référer à l'article 11 de la notice d'information. Un délai de carence de trois (3) mois et des limitations sont appliqués sur le poste hospitalisation à compter de la prise de la date d'effet du contrat, sauf en cas d'accident. Pendant ce délai, les garanties honoraires et frais de séjour seront remboursés à hauteur du Ticket modérateur et les forfaits chambre particulière et lit accompagnant seront nuls.

**(2)** Un délai de carence de douze (12) mois est établi pour les frais engagés dans un Centre de convalescence.

**(3)** Les frais de séjour sont limités à 400% BR en hospitalisation non conventionnée.

**(4)** La chambre particulière est prise en charge pour une durée limitée de soixante (60) jours, par an et par bénéficiaire pour toutes les formules.

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

☐ Affaire nouvelle

☐ Avenant

Code courtier distributeur :

Nom du courtier distributeur :

⚠ Tous les champs de ce bulletin sont obligatoires.

**ADHÉRENTS** - L'adhérent principal et son conjoint doivent être âgés à l'adhésion de 55 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.

<input type="checkbox"/> NÉOLIANE HOSPISANTÉ (complémentaire santé)	<input type="checkbox"/> HS 1	<input type="checkbox"/> HS 2	<input type="checkbox"/> HS 3	<input type="checkbox"/> HS 4	<input type="checkbox"/> HS 5	<input type="checkbox"/> HS 6
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME D'AFFILIATION	RÉGIME (Ayant droit)				COTISATION
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
<input type="checkbox"/> Principal							
<input type="checkbox"/> Conjoint				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié 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 10 %
Frais d'association, d'assistance et de courtage (par mois)**							1,05 €
COTISATION MENSUELLE							

<input type="checkbox"/> IJH ACCIDENT (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident*) Adhésion possible jusqu'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 70€ /jour	Indemnisation 75€ /jour	Indemnisation 80€ /jour	Indemnisation 90€ /jour	Indemnisation 100€ /jour
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------

BÉNÉFICIAIRES	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

<input type="checkbox"/> IJH ACCIDENT (Suite)	Indemnisation 110€ /jour	Indemnisation 120€ /jour	Indemnisation 125€ /jour	Indemnisation 130€ /jour	Indemnisation 140€ /jour	Indemnisation 150€ /jour	Indemnisation 160€ /jour	Indemnisation 175€ /jour	Indemnisation 180€ /jour	Indemnisation 190€ /jour	Indemnisation 200€ /jour
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

BÉNÉFICIAIRES	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

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 €
Cotisation												
<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"/> 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

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>NÉOLIANE HOSPISANTÉ (complémentaire santé)</b>	
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)</b>	
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> <b>CAPITAL DÉCÈS / PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT</b>	
* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie		Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***
		1.05 €
		<b>COTISATION TOTALE MENSUELLE</b>

## MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

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

Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) 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 HôpitalSanté, la Notice valant conditions générales référencée : EQC1078A\_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 Hôpital, 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 réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. 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'indemnité 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 HôpitalSanté font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'EQUITÉ en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé, en tant que Délégué de 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 ; archivages des pièces de gestion et documents comptables. Le traitement des données à 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. 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 Hôpital 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. \*0,18€/mois de cotisation pour l'assistance, 0,05€/mois de cotisation pour l'association et 0,82€/mois de frais de courtage

**FAIT À** ..... **LE** .....

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

<b>CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR</b>	<b>SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL</b>	<b>SIGNATURE DU CONJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE I.H. ACCIDENT</b>

## 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.

<b>Identification du payeur</b>	
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	

<b>Identification de l'adhérent (si différent du payeur)</b>	
Nom / prénoms	Adresse
Code postal	Ville
Pays	

<b>Identification du créancier</b>	<b>Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)</b>
NÉOLIANE SANTÉ 143 Boulevard René Cassin Immeuble Nouvel'R- Bat C - 06200 NICE	<b>RUM (Référence Unique de Mandat)</b>
Identification Créancier SEPA (ICS) : FR24ZZ870ADF	La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier
	<b>Référence de contrat</b>

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.

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 sous le 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'EQUITÉ** – 2 rue Pilet-Wil - 75009 PARIS – SA au capital de 26 469 320 € – RCS Paris sous le 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 prévoyance assuré par **PREPAR-IARD** - Immeuble Le Village, Quartier Valmy - 33 Place Ronde – CS 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000 € – RCS Nanterre sous le N°343 158 036 – N° LEI : 9695008UHMH300711B62 – Entreprise régie par le Code des assurances.  
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 sous le 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.

EQC1078A\_BA\_07/2023

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 et son conjoint doivent être âgés à l'adhésion de 55 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.

<input type="checkbox"/> NÉOLIANE HOSPISANTÉ (complémentaire santé)	<input type="checkbox"/> HS 1	<input type="checkbox"/> HS 2	<input type="checkbox"/> HS 3	<input type="checkbox"/> HS 4	<input type="checkbox"/> HS 5	<input type="checkbox"/> HS 6
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME D'AFFILIATION	RÉGIME (Ayant droit)				COTISATION
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
<input type="checkbox"/> Principal							
<input type="checkbox"/> Conjoint				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié 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 10 %
Frais d'association, d'assistance et de courtage (par mois)**							1,05 €
COTISATION MENSUELLE							

<input type="checkbox"/> IJH ACCIDENT (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident*) Adhésion possible jusqu'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 70€ /jour	Indemnisation 75€ /jour	Indemnisation 80€ /jour	Indemnisation 90€ /jour	Indemnisation 100€ /jour
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------

BÉNÉFICIAIRES	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

<input type="checkbox"/> IJH ACCIDENT (Suite)	Indemnisation 110€ /jour	Indemnisation 120€ /jour	Indemnisation 125€ /jour	Indemnisation 130€ /jour	Indemnisation 140€ /jour	Indemnisation 150€ /jour	Indemnisation 160€ /jour	Indemnisation 175€ /jour	Indemnisation 180€ /jour	Indemnisation 190€ /jour	Indemnisation 200€ /jour
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

BÉNÉFICIAIRES	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 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												
<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

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>NÉOLIANE HOSPISANTÉ (complémentaire santé)</b>	
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)</b>	
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> <b>CAPITAL DÉCÈS / PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT</b>	
* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie		Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***
		1.05 €
		COTISATION TOTALE MENSUELLE

## MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

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

Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) 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 HôpitalSanté, la Notice valant conditions générales référencée : EQC1078A\_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 Hôpital, 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 réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. 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'indemnité 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 HôpitalSanté font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'EQUITÉ en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé, en tant que Délégué de 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 ; archivages des pièces de gestion et documents comptables. Le traitement des données à 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. 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 Hôpital 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.gov.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. \*0,18€/mois de cotisation pour l'assistance, 0,05€/mois de cotisation pour l'association et 0,82€/mois de frais de courtage

**FAIT À** ..... **LE** .....

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

Code postal

Coordonnées du compte à débiter :

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

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

Adresse

Pays

Fait à le signature

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom / prénoms

Code postal

Adresse

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)

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.

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 sous le 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'EQUITÉ** – 2 rue Pilet-Wil - 75009 PARIS – SA au capital de 26 469 320 € – RCS Paris sous le 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 prévoyance assuré par **PREPAR-IARD** - Immeuble Le Village, Quartier Valmy - 33 Place Ronde – CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000 € – RCS Nanterre sous le N°343 158 036 – N° LEI : 9695008UHMH300711B62 – Entreprise régie par le Code des assurances.

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 sous le 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.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 et son conjoint doivent être âgés à l'adhésion de 55 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	COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT
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	
			<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 HOSPISANTÉ** (complémentaire santé)

☐ HS 1☐ HS 2☐ HS 3☐ HS 4☐ HS 5☐ HS 6

BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME D'AFFILIATION	RÉGIME (Ayant droit)				COTISATION
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
<input type="checkbox"/> Principal							
<input type="checkbox"/> Conjoint				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié 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 10 %
Frais d'association, d'assistance et de courtage (par mois)**							1,05 €
COTISATION MENSUELLE							

☐ **IJH ACCIDENT** (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident\*)  
Adhésion possible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion

BÉNÉFICIAIRES	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										
<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

## Exemplaire à conserver par Néoliane Santé 2/2

3

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.

- 1
- 2
- 3

<input type="checkbox"/> NÉOLIANE HOSPISANTÉ (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)***	1.05 €
<b>COTISATION TOTALE MENSUELLE</b>	

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

chaque une des adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion certifie les points suivants : je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupeur 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 prêt connaissance des Notices et des statuts mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliône Hôpital/Santé, la Notice valide conditions générales référencée : EOC1078A\_NL\_07/2023, des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 26 de notre Notice, de l'IPAD, ainsi que des statuts de l'Association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliône Prévenir Hospit, la Notice valide conditions générales référencée 2/032 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliône Prévenir Décès, la Notice valide conditions générales référencée 1/066 et les statuts de l'association GPST. Je certifie comme un exemplaire des Notices valides conditions générales pour chacune des garanties souscrites. J'atteste être informé(e) de mon droit mentionné à l'article L12-2-1 I du Code des assurances, de renoncer à mon adhésion dans les conditions et dans le délai prévu par la Notice valide conditions générales. Je déclare exister sincèrement 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 rectification ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L13-6 et L13-9 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 un sinistre sont soumis à la réalisation effective de la prestation assurée. Le bénéficiaire doit être titulaire d'un contrat d'assurance vie en vigueur au moment de son décès. La garantie Prévenir Décès est soumise à la condition préalable que le bénéficiaire ait été victime d'une même nature contractée auprès de plusieurs organismes assureurs produisant 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 Néoliône Hôpital/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 Néoliâne Santé, en tant que Délégué de 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 ; 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. A 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 actuariales. 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. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliâne Santé – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel R – Bat C – 06200 NICE, adresse email : [dpo@neoliâne.fr](mailto:dpo@neoliâne.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 recommandons de consulter l'article 26 de notre Notice d'adhésion et l'article 26 de nos notices individuelles relatives aux garanties souscrites. Vous pouvez également adresser votre demande de consultation ou de modification de vos données personnelles à l'adresse suivante : [serviceclient@neoliâne.fr](mailto:serviceclient@neoliâne.fr).

**PREPAR-IPAD :** assuré(e) du contrat Néoliône Prévenir Prévenir Décès, vous êtes informé(e) que les données à caractère personnel contenues dans les Notices d'information référencées 1/032 et 1/066 figurant au démarrage de votre contrat téléphonique ou par courrier postal peuvent faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel il 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.org](http://www.bloctel.org) ou par courrier adressé à : 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. \*0.18€/mois de cotisation pour l'assistance, 0.05€/mois de cotisation pour l'association et 0.82€/mois de frais de courtage

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
---	-----------------------------------	---

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

<b>Identification du créancier</b> NÉOLIANE SANTÉ 143 Boulevard René Cassin Immeuble Nouvel'R- Bat C - 06200 NICE  Identification Créancier SEPA (ICS) : FR24ZZZ870ADF	<b>Identification du mandat</b> (réservé à NÉOLIANE SANTÉ) <b>RUM</b> (Référence Unique de Mandat) <div></div> La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier <b>Référence de contrat</b> <div></div>
--	--

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Neoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apurement 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 bancaire par votre banque autorisée. 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.

Produit distribué par **NÉOLIANE** SAS – 143 Boulevard René Caillié - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice sous le N° B 510 274 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 048 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)).  
 Produit assuré par **L'EQUITÉ – 2 rue Pillet-Will – 75009 PARIS** – SA au capital de 26 469 320 € – RCS Paris sous le N° B 572 084 907 00059 – Entreprise régie par le Code des assurances – Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le N° 026/  
 Produit prévoyance assuré par **PREPARE-ARL** - Immeuble Le Village, Quatre Valsmy - 33 Place Ronda - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000 € – RCS Nanterre sous le N° 343 158 036 001 LE / NEI : 090508UHM/HM3007/TB62 – Entreprise régie par le Code des assurances.  
 Société assurée par **IMA ASSURANCES** – 118 Avenue de Paris - CS 400 - 79300 Niort cedex - France - RCS Niort sous le N° 343 158 036 001 LE / NEI : 090508UHM/HM3007/TB62 – Entreprise régie par le Code des assurances.

*Sociétés soustraites au contrôle de l'ACPR = la Direction de Prudential, CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.*



# 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

		HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)	Dépense	20€	20€	20€	20€	20€	20€
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	20€	20€	20€	20€	20€	20€
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

		HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	40 €	75 €	90 €	45 €	75 €	90 €
	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.**

		HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ	Dépense	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 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
	RESTE À CHARGE	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 HospiSanté	83,30 €	83,30 €	83,30 €	0 €	83,30 €	83,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	83,30 €	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 HospiSanté	135,85 €	175,30 €	175,30 €	0 €	175,30 €	175,30 €
	RESTE À CHARGE	39,45 €	0 €	0 €	175,30 €	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.**

		HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
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 HospiSanté	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

## SOINS COURANTS

		HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
		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 €
	Remboursement du RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	8,50 €	8,50 €	8,50 €	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 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	9,60 €	9,60 €	9,60 €	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 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	10 €	10 €	10 €	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 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	9,60 €	9,60 €	9,60 €	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 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	9 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	24 €	24 €	24 €	15 €	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 €
	Remboursement du RO	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	6,90 €	18,40 €	38,90 €
	RESTE À CHARGE	38,90 €	38,90 €	38,90 €	32 €	20,50 €	0 €
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 €
	Remboursement du RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	Remboursement Néoliane HospiSanté	0 €	0 €	0 €	6,90 €	18,40 €	40,90 €
	RESTE À CHARGE	41,90 €	41,90 €	41,90 €	35 €	23,50 €	1 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€							

 Pas d'exemple de remboursement sur les postes optiques, dentaires et audioprothèses. Le produit Néoliane HospiSanté ne prend pas en charge les frais optiques, dentaires et en audioprothèses et ne propose pas le remboursement des paniers 100% Santé.

## 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 <sup>(1)</sup>
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 01/01/2023

### 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<sup>me</sup>  
 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. »

# Hospisanté<sup>+</sup> by néoliane

Complémentaire santé

Pour suivre tous vos remboursements, rendez-vous sur :  
**[www.monneoliane.fr](http://www.monneoliane.fr)**



EQC1078A\_BA\_07/2023 – Imp : Juillet 2023

**Néoliane**  
SANTÉ & PRÉVOYANCE

**NÉOLIANE SANTÉ**  
143 Boulevard René Cassin  
Immeuble Nouvel'R- 06200 NICE  
[www.neoliane.fr](http://www.neoliane.fr)

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