Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane TONIK

DEMANDE D'ADHÉSION

Complémentaire Santé
et Prévoyance

PREPAR ASSURANCE

POURQUOI CHOISIR LE PRODUIT Néoliane TONIK ?

UNE ADHÉSION EN TOUTE SIMPLICITÉ ET RÉCOMPENSÉE

Dès 18 ans et sans limite d'âge, adhérez sans attendre et **bénéficiez de réductions avantageuses** pour les couples (-7 %) et les familles* (-10 %).
Aucune formalité administrative ni médicale n'est requise.

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

DES GARANTIES VARIÉES POUR TOUS LES PROFILS

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

**excepté pour la formule 1*

DES BONUS FIDÉLITÉ POUR TOUTE LA FAMILLE

Votre **fidélité est récompensée** avec des garanties en hospitalisation, dentaire, soins courants et aides auditives qui seront **augmentées dès la 2ème année d'adhésion.**

DES GARANTIES AU MEILLEUR TARIF

Faites des économies
avec le produit santé **NÉOLIANE TONIK** :
un rapport qualité/prix imbattable.

DES SERVICES INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

Services médicaux complémentaires :
MédecinDirect et Deuxiemeavis.fr

Services d'assistance :
IMA Assistance

Néoliane SANTÉ & PRÉVOYANCE

CONFORME à la réforme 100% SANTÉ

TABLEAU DES GARANTIES
Néoliane TONIK

PREPAR ASSURANCE

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

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

HOSPITALISATION	T1	T2	T3	T4	T5	T6
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)						
Forfait journalier hospitalier [1]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) en SSR [2]	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	120%	140%	165%	190%	215%
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 2e année d'adhésion	115%	135%	155%	180%	205%	230%
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion	130%	150%	170%	195%	220%	245%
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	145%	165%	185%	210%	235%	260%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100%	120%	145%	170%	195%
Chambre particulière (hors ambulatoire) [3]	-	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour
Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) [3]	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour
Frais de transport [4]	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait patient urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour (y compris maternité) [2]	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier [1]	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE	Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé					
Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Soins						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO [5]	100 %	100%	120 %	140 %	165 %	190 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	140%	165 %	190 %	215 %	240 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 2e année d'adhésion	115 %	155 %	180 %	205 %	230 %	255 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	245 %	270 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	145%	185%	210%	235%	260%	285%
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	140%	165 %	190 %	215 %	240 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 2e année d'adhésion	115 %	155 %	180 %	205 %	230 %	255 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	245 %	270 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	145%	185%	210%	235%	260%	285%
Plafond dentaire (hors soins) [6]	Illimité	800 €	1000 €	1200 €	1400 €	1600 €

100% SANTÉ OPTIQUE [7]	Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé					
Équipements 100% Santé** Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Monture et verres (Équipement de la Classe B - Panier Libre)*** :						
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	125€	125€	150€	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200€	200€	225 €	225 €	250 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100€	100€	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées ou refusées par le RO (par an) [8]	100 %	50€	50€	50 €	75 €	75 €

SOINS COURANTS						
Médicaments	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

2/030_TG - 02/2022

SOINS COURANTS	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Honoraires médicaux						
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	120 %	125 %	140 %	165 %	190 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	105 %	105 %	105 %
Actes d'imagerie et d'échographie :						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Matériel médical						
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100%	100%	100%	100%	100%	125 %
BONUS FIDÉLITÉ — À compter de la 2e année d'adhésion	-	-	-	125 %	125 %	150 %
BONUS FIDÉLITÉ — À compter de la 3e année d'adhésion	115 %	115 %	115 %	140 %	140 %	165 %
BONUS FIDÉLITÉ — À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	130%	130%	130%	155%	155%	180%
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	125 %

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES (9)	Depuis le 1er janvier 2021 - Réforme 100% Santé					
Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %	100 %	100 %	120 %	120%	120%
BONUS FIDÉLITÉ — À compter de la 2e année d'adhésion	110%	110%	110%	130%	130%	130%
BONUS FIDÉLITÉ — À compter de la 3e année d'adhésion	120%	120%	120%	140%	140%	140%
BONUS FIDÉLITÉ — À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	130%	130%	130%	150%	150%	150%

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

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

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014 -1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'Assurance Maladie conformément au décret N°2005-1226 du 29 septembre 2005. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des séjours en gérontologie, des Instituts Médico Pédagogiques, des unités de soins longs séjours (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des soins effectués à des fins esthétiques, des cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales ») et de la thalassothérapie.
(2) Illimité. Limité à la hauteur de la garantie pendant une durée limitée à 10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 90 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR), puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
(3) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 90 jours. Hors hospitalisation ambulatoire. La chambre particulière et le confort hospi et frais accompagnant sont pris en charge pendant une durée limitée à 10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 30 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) publics ou privés conventionnés (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), sous réserve de prise en charge de l'Assurance Maladie. Les frais accompagnant lors d'une hospitalisation sont pris en charge pour toute personne quel que soit son âge ou encore pour les malades atteints d'une infirmité.
(4) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
(5) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.
(6) Au-delà du plafond dentaire, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
(7) Les forfaits optiques incluent le Ticket Modérateur. Pour l'ensemble des formules la prise en charge est limitée à un équipement optique (deux verres et une monture). La fréquence de remboursement pour un équipement est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue. La périodicité de deux ans ou d'un an est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les Assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les Assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'Assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.
(8) Pour la formule T1 seules les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge. Au-delà du forfait pour les formules, T2, T3, T4, T5 et T6, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale à condition que les lentilles soient prises en charge par le Régime Obligatoire.
(9) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par Assuré et par période de quatre ans.
(10) Remboursement limité aux frais réels. Forfait global annuel comprenant la prise en charge de la surveillance médicale, du traitement thermal et des 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. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% SANTÉ sur la page suivante. Le 100% SANTÉ vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. Les paniers 100% Santé sont disponibles depuis le 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.
*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.
Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.
Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.

2/030_TG - 02/2022

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

DEPUIS LE 1ER JANVIER 2021

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

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

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

ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A
Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes
Des verres (amincis, antireflet et anti-rayure) et traitant l'ensemble des troubles visuels

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes
Pour les adultes (17 modèles - 2 coloris)
Pour les enfants (10 modèles - 2 coloris)

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE + MONTURE À TARIFS LIBRES

OU

MONTURE SANS RESTE À CHARGE + VERRES À TARIFS LIBRES

2 DENTAIRE - Panier 100% Santé
Zéro reste à charge

Couronnes :
- Céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1ère prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircones (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

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

Prothèses amovibles à base de résine

3 AIDES AUDITIVES - Classe I
Zéro reste à charge

Équipements de qualité
Tous les types d'appareils sont concernés :
Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire

Les caractéristiques :

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

Au moins 3 des options techniques suivantes :
système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par l'adhérent **1/2**

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE
455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème
06200 Nice
www.neoliane.fr/service-client
Tél. : 04 92 17 53 58

Code courtier conseil :

Nom du conseiller :

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

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

NOM	PRÉNOM	NÉ(E) LE	SEXE
Adhérent principal			☐ M ☐ F
Conjoint			☐ M ☐ F
Enfant 1			☐ M ☐ F
Enfant 2			☐ M ☐ F
Enfant 3			☐ M ☐ F
Enfant 4			☐ M ☐ F
Enfant 5			☐ M ☐ F

LIEU DE NAISSANCE DE L'ADHÉRENT

Ville de naissance : .....

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Pays de naissance : .....

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Date d'effet santé et prévoyance IJH souhaitée :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

☐ NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)

Souscription possible sans limite d'âge

☐ TONIK 1 ☐ TONIK 2 ☐ TONIK 3 ☐ TONIK 4 ☐ TONIK 5 ☐ TONIK 6

BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME D'AFFILIATION	RÉGIME (AYANT DROIT)				COTISATION
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
☐ Principal							
☐ Conjoint				☐		☐	
☐ Enfant 1				☐	☐	☐	
☐ Enfant 2				☐	☐	☐	
☐ Enfant 3				☐	☐	☐	
☐ Enfant 4				☐	☐	☐	
☐ Enfant 5				☐	☐	☐	

(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié en son nom

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 la case correspondante) : ☐ Couple 7% ☐ Famille** 10%

COTISATION MENSUELLE ❶

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

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

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

❷

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré par **PREPAR IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurance – RCS Nanterre N° 343 158 036
Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Niort N° 481 511 632
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par l'adhérent **2/2**

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

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

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT	DATE DE PRÉLÈVEMENT
☐ Mensuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Annuelle	☐ Par prélèvement	☐ 5 ☐ 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 (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) auprès de PREPAR-IARD à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes ayants droits présents sur la demande d'adhésion au contrat santé et prévoyance. Pour chacune de mes adhésions spécifiées dans la présente demande d'adhésion, je déclare avoir reçu sur support durable, avoir pris connaissance et accepter les dispositions des notices et des statuts mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane TONIK, la Notice valant conditions générales référencée 2/030, des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 28 de cette notice, ainsi que les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Hospi'Accident, la notice valant conditions générales référencée 2/013 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites ainsi que le tableau de garanties pour le contrat de Santé. Je certifie avoir pris connaissance de mon droit de renonciation des articles L. 112-9 et L. 112-2-1 du Code des assurances. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice. Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus. Mes contrats sont renouvelables par tacite reconduction à chaque échéance annuelle ou au 31 décembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUA GESTION. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit (complémentaire santé, IJH) bénéficiera de son propre numéro et certificat d'adhésion. Le fractionnement des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel). **J'atteste être à jour de mes cotisations auprès de mon Assurance Maladie Obligatoire.** Si votre Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Salariés agricoles, l'adhésion au contrat santé vous donne droit aux avantages fiscaux accordés en vertu de la Loi Madelin (Loi n° 94-126 du 11/02/1994). Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. J**e 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.** Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), toutes les informations collectées lors de l'adhésion/souscription au présent contrat, de même que celles recueillies ultérieurement, sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter votre demande. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, suivi et exécution des contrats d'assurance, (ii) la mise en oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires de l'Assureur et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Illl n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne. Elles sont conservées, par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à confidentialité. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir des directives post-mortem relatives au sort de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Ces droits peuvent être exercés sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé & Prévoyance - 455 promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice ou par e-mail à l'adresse : dpo@neoliane.fr. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL en ligne sur : http://www.cnil.fr (ou www.cnil.fr) ou bien par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par IMA, en tant qu'Assisteur, nous vous invitons à consulter les conditions générales de votre contrat d'assurance. Pour PREPAR, assureur du contrat Néoliane Hospi'Accident, vous pouvez vous reporter à l'article 15 Informatique et Libertés de la Notice d'information référencée 2/013. Le consommateur dispose du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité. Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou Worldline - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.

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

FAIT À ..... **LE** | | | | | | | |

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

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

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

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

IDENTIFICATION DU PAYEUR

Nom / prénoms **Adresse**

Code postal **Ville** **Pays**

Coordonnées du compte à débiter :

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

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

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ✓

Fait à
le
signature

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT (si différent du payeur)

Nom / prénoms **Adresse**

Code postal **Ville** **Pays**

IDENTIFICATION DU CRÉANCIER

MUTUA GESTION - Centre de Gestion Néoliane
BP90051 - 31602 MURET CEDEX

Identification Créancier SEPA (ICS) :
FR17ZZZ495471

IDENTIFICATION DU MANDAT (réservé à MUTUA GESTION)

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

Référence de contrat

*Toutes les informations contenues dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique par **MUTUA GESTION,** pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission européenne. Elles sont conservées par **MUTUA GESTION** de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Ces droits peuvent être exercés sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé & Prévoyance - 455 promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice ou par e-mail à l'adresse : dpo@neoliane.fr. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL en ligne sur : http://www.cnil.fr (ou www.cnil.fr) ou bien par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage en ligne sur : http://www.bloctel.gouv.fr (ouwww.bloctel.gouv.fr) ou bien par courrier postal en écrivant à l'adresse suivante : Worldline - Service Bloctel-CS 61311 - 41013 Blois Cedex. 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** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré par **PREPAR IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurance – RCS Nanterre N° 343 158 036
Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Niort N° 481 511 632
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par le conseiller **1/2**

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE
455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème
06200 Nice
www.neoliane.fr/service-client
Tél. : 04 92 17 53 58

Code courtier conseil :

Nom du conseiller :

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

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

NOM	PRÉNOM	NÉ(E) LE	SEXE
Adhérent principal			☐ M ☐ F
Conjoint			☐ M ☐ F
Enfant 1			☐ M ☐ F
Enfant 2			☐ M ☐ F
Enfant 3			☐ M ☐ F
Enfant 4			☐ M ☐ F
Enfant 5			☐ M ☐ F

LIEU DE NAISSANCE DE L'ADHÉRENT

Ville de naissance : .....

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Pays de naissance : .....

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Date d'effet santé et prévoyance IJH souhaitée :

|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

☐ NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)

Souscription possible sans limite d'âge

☐ TONIK 1	☐ TONIK 2	☐ TONIK 3	☐ TONIK 4	☐ TONIK 5	☐ TONIK 6

BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME D'AFFILIATION	RÉGIME (AYANT DROIT)				COTISATION
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
☐ Principal							
☐ Conjoint				☐		☐	
☐ Enfant 1				☐	☐	☐	
☐ Enfant 2				☐	☐	☐	
☐ Enfant 3				☐	☐	☐	
☐ Enfant 4				☐	☐	☐	
☐ Enfant 5				☐	☐	☐	

(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié en son nom

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 la case correspondante) : ☐ Couple 7% ☐ Famille** 10%

COTISATION MENSUELLE ❶

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

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

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

❷

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré par **PREPAR IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurance – RCS Nanterre N° 343 158 036
Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Niort N° 481 511 632
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par le conseiller **2/2**

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

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

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT	DATE DE PRÉLÈVEMENT
☐ Mensuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Annuelle	☐ Par prélèvement	☐ 5 ☐ 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 (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) auprès de PREPAR-IARD à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes ayants droits présents sur la demande d'adhésion au contrat santé et prévoyance. Pour chacune de mes adhésions spécifiées dans la présente demande d'adhésion, je déclare avoir reçu sur support durable, avoir pris connaissance et accepter les dispositions des notices et des statuts mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane TONIK, la Notice valant conditions générales référencée 2/030, des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 28 de cette notice, ainsi que les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Hospi'Accident, la notice valant conditions générales référencée 2/013 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites ainsi que le tableau de garanties pour le contrat de Santé. Je certifie avoir pris connaissance de mon droit de renonciation des articles L. 112-9 et L. 112-2-1 du Code des assurances. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice. Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus. Mes contrats sont renouvelables par tacite reconduction à chaque échéance annuelle ou au 31 décembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUA GESTION. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit (complémentaire santé, IJH) bénéficiera de son propre numéro et certificat d'adhésion. Le fractionnement des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel). **J'atteste être à jour de mes cotisations auprès de mon Assurance Maladie Obligatoire.** Si votre Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Salariés agricoles, l'adhésion au contrat santé vous donne droit aux avantages fiscaux accordés en vertu de la Loi Madelin (Loi n° 94-126 du 11/02/1994). Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. J**e 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.** Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), toutes les informations collectées lors de l'adhésion/souscription au présent contrat, de même que celles recueillies ultérieurement, sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter votre demande. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, suivi et exécution des contrats d'assurance, (ii) la mise en oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires de l'Assureur et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Illl n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne. Elles sont conservées, par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à confidentialité. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir des directives post-mortem relatives au sort de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Ces droits peuvent être exercés sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé & Prévoyance - 455 promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice ou par e-mail à l'adresse : dpo@neoliane.fr. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL en ligne sur : http://www.cnil.fr (ou www.cnil.fr) ou bien par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par IMA, en tant qu'Assisteur, nous vous invitons à consulter les conditions générales de votre contrat d'assurance. Pour PREPAR, assureur du contrat Néoliane Hospi'Accident, vous pouvez vous reporter à l'article 15 Informatique et Libertés de la Notice d'information référencée 2/013. Le consommateur dispose du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité. Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou Worldline - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.

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

FAIT À ..... **LE** | | | | | | | |

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

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

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

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

IDENTIFICATION DU PAYEUR

Nom / prénoms **Adresse**

Code postal **Ville** **Pays**

Coordonnées du compte à débiter :

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

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

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ✓

Fait à
le
signature

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT (si différent du payeur)

Nom / prénoms **Adresse**

Code postal **Ville** **Pays**

IDENTIFICATION DU CRÉANCIER

MUTUA GESTION - Centre de Gestion Néoliane
BP90051 - 31602 MURET CEDEX

Identification Créancier SEPA (ICS) :
FR17ZZZ495471

IDENTIFICATION DU MANDAT (réservé à MUTUA GESTION)

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

Référence de contrat

*Toutes les informations contenues dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique par **MUTUA GESTION,** pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission européenne. Elles sont conservées par **MUTUA GESTION** de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Ces droits peuvent être exercés sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé & Prévoyance - 455 promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice ou par e-mail à l'adresse : dpo@neoliane.fr. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL en ligne sur : http://www.cnil.fr (ou www.cnil.fr) ou bien par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage en ligne sur : http://www.bloctel.gouv.fr (ouwww.bloctel.gouv.fr) ou bien par courrier postal en écrivant à l'adresse suivante : Worldline - Service Bloctel-CS 61311 - 41013 Blois Cedex. 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** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré par **PREPAR IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurance – RCS Nanterre N° 343 158 036
Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Niort N° 481 511 632
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par Néoliane Santé & Prévoyance **1/2**

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE
455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème
06200 Nice
www.neoliane.fr/service-client
Tél. : 04 92 17 53 58

Code courtier conseil :

Nom du conseiller :

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

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

NOM	PRÉNOM	NÉ(E) LE	SEXE
Adhérent principal			☐ M ☐ F
Conjoint			☐ M ☐ F
Enfant 1			☐ M ☐ F
Enfant 2			☐ M ☐ F
Enfant 3			☐ M ☐ F
Enfant 4			☐ M ☐ F
Enfant 5			☐ M ☐ F

LIEU DE NAISSANCE DE L'ADHÉRENT

Ville de naissance : .....

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Pays de naissance : .....

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

Date d'effet santé et prévoyance IJH souhaitée :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

☐ NÉOLIANE TONIK (complémentaire santé)

Souscription possible sans limite d'âge

☐ TONIK 1	☐ TONIK 2	☐ TONIK 3	☐ TONIK 4	☐ TONIK 5	☐ TONIK 6

BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME D'AFFILIATION	RÉGIME (AYANT DROIT)				COTISATION
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
☐ Principal							
☐ Conjoint				☐		☐	
☐ Enfant 1				☐	☐	☐	
☐ Enfant 2				☐	☐	☐	
☐ Enfant 3				☐	☐	☐	
☐ Enfant 4				☐	☐	☐	
☐ Enfant 5				☐	☐	☐	

(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié en son nom

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 la case correspondante) : ☐ Couple 7% ☐ Famille** 10%

COTISATION MENSUELLE ❶

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

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

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

❷

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré par **PREPAR IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurance – RCS Nanterre N° 343 158 036
Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Niort N° 481 511 632
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par Néoliane Santé & Prévoyance **2/2**

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

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

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT	DATE DE PRÉLÈVEMENT
☐ Mensuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Annuelle	☐ Par prélèvement	☐ 5 ☐ 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 (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) auprès de PREPAR-IARD à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes ayants droits présents sur la demande d'adhésion au contrat santé et prévoyance. Pour chacune de mes adhésions spécifiées dans la présente demande d'adhésion, je déclare avoir reçu sur support durable, avoir pris connaissance et accepter les dispositions des notices et des statuts mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane TONIK, la Notice valant conditions générales référencée 2/030, des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 28 de cette notice, ainsi que les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Hospi'Accident, la notice valant conditions générales référencée 2/013 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites ainsi que le tableau de garanties pour le contrat de Santé. Je certifie avoir pris connaissance de mon droit de renonciation des articles L. 112-9 et L. 112-2-1 du Code des assurances. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice. Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus. Mes contrats sont renouvelables par tacite reconduction à chaque échéance annuelle ou au 31 décembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUA GESTION. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit (complémentaire santé, IJH) bénéficiera de son propre numéro et certificat d'adhésion. Le fractionnement des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel). **J'atteste être à jour de mes cotisations auprès de mon Assurance Maladie Obligatoire.** Si votre Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Salariés agricoles, l'adhésion au contrat santé vous donne droit aux avantages fiscaux accordés en vertu de la Loi Madelin (Loi n° 94-126 du 11/02/1994). Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. J**e 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.** Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), toutes les informations collectées lors de l'adhésion/souscription au présent contrat, de même que celles recueillies ultérieurement, sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter votre demande. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, suivi et exécution des contrats d'assurance, (ii) la mise en oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires de l'Assureur et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Illl n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne. Elles sont conservées, par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à confidentialité. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir des directives post-mortem relatives au sort de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Ces droits peuvent être exercés sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé & Prévoyance - 455 promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice ou par e-mail à l'adresse : dpo@neoliane.fr. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL en ligne sur : http://www.cnil.fr (ou www.cnil.fr) ou bien par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par IMA, en tant qu'Assisteur, nous vous invitons à consulter les conditions générales de votre contrat d'assurance. Pour PREPAR, assureur du contrat Néoliane Hospi'Accident, vous pouvez vous reporter à l'article 15 Informatique et Libertés de la Notice d'information référencée 2/013. Le consommateur dispose du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité. Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou Worldline - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.

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

FAIT À ..... **LE** | | | | | | | |

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

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

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

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

IDENTIFICATION DU PAYEUR

Nom / prénoms **Adresse**

Code postal **Ville** **Pays**

Coordonnées du compte à débiter :

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

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

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ✓

Fait à
le
signature

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT (si différent du payeur)

Nom / prénoms **Adresse**

Code postal **Ville** **Pays**

IDENTIFICATION DU CRÉANCIER

MUTUA GESTION - Centre de Gestion Néoliane
BP90051 - 31602 MURET CEDEX

Identification Créancier SEPA (ICS) :
FR17ZZZ495471

IDENTIFICATION DU MANDAT (réservé à MUTUA GESTION)

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

Référence de contrat

*Toutes les informations contenues dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique par **MUTUA GESTION,** pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission européenne. Elles sont conservées par **MUTUA GESTION** de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Ces droits peuvent être exercés sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé & Prévoyance - 455 promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice ou par e-mail à l'adresse : dpo@neoliane.fr. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL en ligne sur : http://www.cnil.fr (ou www.cnil.fr) ou bien par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage en ligne sur : http://www.bloctel.gouv.fr (ouwww.bloctel.gouv.fr) ou bien par courrier postal en écrivant à l'adresse suivante : Worldline - Service Bloctel-CS 61311 - 41013 Blois Cedex. 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** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré par **PREPAR IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurance – RCS Nanterre N° 343 158 036
Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Niort N° 481 511 632
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

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, infirmière, intervenant médical
- 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 ET D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE :

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

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

INTER MUTUELLES ASSISTANCE

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.

médecindirect
à vos côtés, où que vous soyez

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

COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?

Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

OU

Via l'application mobile MédecinDirect

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

deuxiemeavis.fr
des experts pour éclairer vos décisions de santé

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

COMMENT ÇA MARCHE ?

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

Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux

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

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

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

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

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

HOSPITALISATION

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

DENTAIRE

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Détartrage	**DÉPENSE**	**28,92 €**	**28,92 €**	**28,92 €**	**28,92 €**	**28,92 €**	**28,92 €**
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	RESTE À CHARGE	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	36 €	84 €	114 €	144 €	174 €	204 €
	RESTE À CHARGE	**418,70 €**	**370,70 €**	**340,70 €**	**310,70 €**	**280,70 €**	**250,70 €**
Couronne céramo-métallique sur molaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	36 €	84 €	114 €	144 €	174 €	204 €
	RESTE À CHARGE	**418,70 €**	**370,70 €**	**340,70 €**	**310,70 €**	**280,70 €**	**250,70 €**
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	100% SANTÉ **RESTE À CHARGE**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	0,06 €	125 €	125 €	150 €	150 €	175 €
	RESTE À CHARGE	**344,85 €**	**219,91 €**	**219,91 €**	**194,91 €**	**194,91 €**	**169,91 €**

AIDES AUDITIVES

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Aides auditives de classe I par oreille (Depuis le 01/01/2021)	DÉPENSE	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Aides auditives de classe II par oreille (Depuis le 01/01/2021)*	DÉPENSE	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	160 €	160 €	160 €	240 €	240 €	240 €
	RESTE À CHARGE	**1076 €**	**1076 €**	**1076 €**	**996 €**	**996 €**	**996 €**

SOINS COURANTS

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

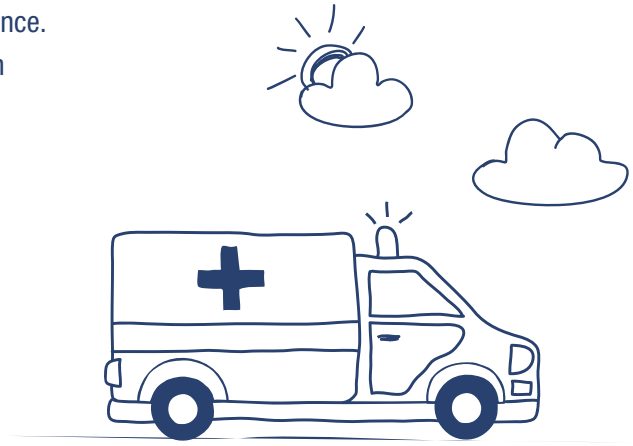
* Conformément à la réforme du 100 % Santé, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires est passée depuis le 01/01/2020 de 107,50 € à 120 € et celle des aides auditives de 300 € à 350 €. Depuis le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives est passée à 400 €. Depuis le 01/01/2022, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur molaires est passée de 107,50 € à 120 €.

LES SOLUTIONS POUR LA PRÉVOYANCE

Néoliane prévoyance

IJH : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION PAR ACCIDENT

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



À partir de 2,48 € par mois,

vous bénéficiez des avantages suivants :

- Versement d'une allocation allant jusqu'à 200 € / jour
- Durée maximale de garantie : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans inclus
- Possibilité d'assurer vos enfants

	Allocation	Cotisation mensuelle par bénéficiaire(1)
IJ 15	15€ /jour	2.48€
IJ 20	20€ /jour	2.91€
IJ 25	25€ /jour	3.34€
IJ 40	40€ /jour	4.63€
IJ 50	50€ /jour	5.50€
IJ 60	60€ /jour	6.36€
IJ 90	90€ /jour	8.95€
IJ 100	100€ /jour	9.81€
IJ 150	150€ /jour	14.13€
IJ 200	200€ /jour	18.45€

(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 à l'adhésion jusqu'à 75 ans inclus

Sophie, 27 ans – Marseille

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

François, 62 ans – Calais

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

Ils ont su gérer des dépenses inattendues

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

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

ANNULATION DE VOTRE ADHÉSION EN CAS DE DÉMARCHAGE À DOMICILE

En application du Code de la consommation, articles L.121-23 à L.121-2.
Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-contre.

Conditions : Compléter et signer ce formulaire

L'envoyer par courrier

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

Date et signature le :

« Je soussigné(e) ☐ M. ☐ Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Demeurant : .....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Nature des biens ou des services commandés : .....

.....

Date de l'adhésion : .....

Numéro d'adhérent : .....

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

Néoliane TONIK

Pour suivre tous vos remboursements,
rendez-vous sur :
www.neoliane.fr/adherents

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Produit assuré par **PREPAR IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS de Nanterre numéro 343 158 036

Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Niort numéro 481 511 632

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

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE

455 Promenade des Anglais
Immeuble Nice Plaza 5e – 06200 Nice
www.neoliane.fr