

ESPACE RÉSERVÉ À NÉOLIANE SANTÉ
PC (A) LIN (A)
PC (B) LIN (B)

Affaire nouvelle Avenant
Statut professionnel de l'adhérent principal :
À remplir avec les professions suivantes :
salarié 59 ans ou -, salarié +60 ans inclus, salarié Sécurité sociale frontalière et travaillant pour une société domiciliée hors de France, fonctionnaire, contractuel de la fonction publique, assistante maternelle, régime Indépendant (TNS), profession libérale (affilié au régime Sécurité sociale), chef d'entreprise, étudiant, retraité, autre.

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)

Table with 5 columns: Nom, Prénom, Né(e) le, Sexe, Coordonnées. Rows for Adhérent principal, Conjoint, and 5 Enfants.

Date d'effet santé et prévoyance
IJH et/ou Capital décès souhaitée

La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion. Elle est fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la présente demande d'adhésion signée par Néoliane Santé.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
Souscription possible à partir de 18 ans sans limite d'âge à l'adhésion
NÉOLIANE VITALITÉ
Table with 5 columns: Bénéficiaires, N° de Sécurité sociale, Organisme d'affiliation, Régime (Ayant-droit), Cotisation.

IJH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation*)
Souscription possible à partir de 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion
Table with 7 columns: Bénéficiaires, Cotisation, Indemnisation 20 €/jour, Indemnisation 40 €/jour, Indemnisation 60 €/jour, Indemnisation 80 €/jour, Indemnisation 100 €/jour, Indemnisation 150 €/jour.

CAPITAL DÉCÈS* / PTIA**
Souscription possible à partir de 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion
Table with 7 columns: Bénéficiaires, Cotisation, Capital 20 000 €, Capital 40 000 €, Capital 60 000 €, Capital 80 000 €, Capital 100 000 €, Capital 150 000 €.

DEMANDE D'ADHÉSION À NÉOLIANE VITALITÉ

2/2

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

1	<input type="checkbox"/> Complémentaire santé	
2	<input type="checkbox"/> Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation*	
3	<input type="checkbox"/> Capital Décès / PTIA*	
* Uniquement en cas d'accident		Frais d'association et d'assistance (par mois)
		0,35 €
		Cotisation totale mensuelle
		Frais d'administration (offert si une prévoyance cochée)
		20 €

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

Périodicité de paiement		Mode de paiement	Date de prélèvement	
<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> Par prélèvement	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Par chèque (règlement annuel uniquement)		

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 demande d'adhésion au contrat santé. Je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST pour moi-même et mes ayants droit présents sur la demande d'adhésion aux contrats prévoyance. Pour chacune de mes adhésions spécifiées dans la présente demande d'adhésion, je déclare avoir reçu sur support durable et avoir pris connaissance des notices et des statuts mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane Vitalité, la Notice valant conditions générales référencée : EDC089DAC_01/2018 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévoyance IJH, la notice valant conditions générales référencée IJH862 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévoyance Capital Décès/PTIA, la Notice valant conditions générales référencée CD8863 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 L221-18 du Code de la Mutualité et de l'article L112-2-1 II du Code des assurances, de la renonciation à mes contrats dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales. Mes contrats sont renouvelables par tacite reconduction un an après leur prise d'effet puis au 31 décembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUA GESTION. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit (complémentaire santé, IJH, Capital décès) bénéficiera de son propre numéro et certificat d'adhésion. Le fractionnement des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel). J'atteste être à jour de mes cotisations auprès de mon Assurance Maladie Obligatoire. Si mon Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non Salarisés non agricoles, l'adhésion au contrat santé me donne droit aux avantages fiscaux accordés en vertu de la Loi Madelin (Loi n° 94-126 du 11/02/1994). Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances et de l'article L221-14 du Code de la Mutualité. Conformément à la loi informatique et libertés, je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées. Les données recueillies font l'objet d'un traitement informatique par Néoliane Santé & Prévoyance pour la gestion et l'exécution de mon adhésion, et peuvent être transmises à cette fin au délégataire de gestion et au réassureur. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données me concernant, que je peux exercer à l'adresse suivante : Néoliane Santé & Prévoyance – 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza – 06200 Nice ou adherents@neoliane.fr qui se chargera de le cas échéant de transmettre. J'ai bien noté que les relevés de mes remboursements me seront adressés par courrier électronique. L'assureur des garanties Santé est L'ÉQUITÉ : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – Société Anonyme au capital de 26 469 320 € – R.C.S. Paris B 572 084 697 – Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. L'Assureur des garanties de prévoyance est la Mutuelle UMC, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n° SIREN 529 168 007, dont le siège social est situé 35 rue Saint Sabin – 75011 Paris. L'Assureur des garanties assistance pour la partie Santé est Filassistance, Société Anonyme au capital de 3 500 000 € entièrement libéré, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés Nanterre 433 012 689, siège social : 108, Bureaux de la Colline – 92213 Saint-Cloud Cedex. L'Assureur des garanties assistance pour la partie Prévoyance est IMA Assurances : 118, avenue de Paris – 79000 Niort – Société Anonyme au capital de 7 000 000 euros – R.C.S. Niort B 481 511 632. »

Fait à le
(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion)

Cachet et visa du courtier conseil	Signature de l'adhérent principal
Nom du cabinet : Adresse : Téléphone : Mail : Forme juridique – Capital social – Numéro RCS : Numéro Orias – www.orias.fr :	

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, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire
(IBAN/BIC). 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)

Fait à
le
signature

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

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ☒

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom /prénoms

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Identification du créancier

MUTUA GESTION
BP90051 – 54 bis Av. Jacques Douzans 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

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par Mutua Gestion que pour la gestion de sa relation avec son adhérent. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. 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.

Pour enregistrer votre adhésion et recevoir votre carte ouvrant droit au tiers payant, vous devez renvoyer à la mutuelle :

- Les présents bulletins d'adhésion et mandat de prélèvement SEPA, dûment complétés et signés,
- 1 photocopie de votre attestation Vitale Sécurité sociale,
- 1 RIB pour le prélèvement de vos cotisations et le remboursement de vos prestations,
- 1 autre RIB si vous souhaitez que vos remboursements soient effectués sur un compte différent.

TOUS LES DOCUMENTS DEVRONT ÊTRE ENVOYÉS À L'ADRESSE SUIVANTE :
NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE – SERVICE NOUVELLES ADHÉSIONS
455 PROMENADE DES ANGLAIS – NICE PLAZA 06200 NICE