

NÉOLIANE SANTÉ ET PRÉVOYANCE
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice
Tél. : 04 92 17 53 58

Affaire nouvelle Avenant
Code courtier conseil :
Nom du conseiller :

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)

Form with fields: Nom, Prénom, Né(e) le, Sexe, Coordonnées. Includes checkboxes for M/F and address fields.

Date d'effet 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 jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion

Form for NÉOLIANE ÉNERGIE + with sections for Sélection de la formule, Sélection du renfort, and Cotisation. Includes checkboxes for various energy levels and benefits.

IJH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation\*)

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

Table for IJH with columns: Bénéficiaires, Cotisation, Indemnisation 20 €/jour, 40 €/jour, 60 €/jour, 80 €/jour, 100 €/jour, 150 €/jour.

\* Uniquement en cas d'accident

• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1)
• Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 €/jour)

CAPITAL DÉCÈS\* / PTIA\*\*

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

Table for CAPITAL DÉCÈS\* / PTIA\*\* with columns: Bénéficiaires, Cotisation, Capital 20 000 €, 40 000 €, 60 000 €, 80 000 €, 100 000 €, 150 000 €.

\* Uniquement en cas d'accident

\*\* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie couverture jusqu'à 65 ans

Les bénéficiaires du capital sont : mon conjoint, à défaut mes ayants droit.

## TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

1	<input type="checkbox"/> <b>Néoliane Energie + (complémentaire santé)</b>		
2	<input type="checkbox"/> <b>Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation*</b>		
3	<input type="checkbox"/> <b>Capital Décès / PTIA*</b>		
	* Uniquement en cas d'accident	Frais d'association et d'assistance (par mois)	2,50 €
	<b>Cotisation totale mensuelle</b>		
		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"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Par prélèvement <input type="checkbox"/> Par chèque (règlement annuel uniquement)	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10

Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : Je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupeur 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. Je demande mon adhésion, dans les conditions décrites ci-dessus, au contrat collectif n°AC490086 à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST à laquelle j'adhère pour moi-même et mes ayants droit présent sur la demande d'adhésion au contrat Néoliane Protect-His. Pour chacune de mes adhésions spécifiées dans la présente demande d'adhésion, je déclare avoir reçu support durable et avoir pris connaissance des notices et des statuts mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Neoliane Energie +, la Notice valant conditions générales référencée : ONIEN1212\_01/2018 et la notice de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Neoliane Prévoyance LHM, la notice valant conditions générales référencée JH862 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Neoliane Prévoyance Capital Décès/PTA, la Notice valant conditions générales référencée CD8693 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat indemnité journalière en cas d'hospitalisation (toutes causes) nommé Neoliane Protect-His (LH7C), la Notice valant conditions générales référencée LHM7C et les statuts de l'association GPST. Pour chacune des garanties susmentionnées, 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 du Code des assurances, de la renonciation à mes contrats dans le délai prévu par les Notices valant conditions générales référencés ci-dessus. 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 OVLIVANCE MUTUA. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit (complémentaire santé, LHM, Capital Décès, Protect-His) 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. 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'ai faites.

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 pour la gestion et l'exécution de mon adhésion, et peuvent être transmises à cette fin au délégataire de gestion et à l'assureur. 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 – 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza – 06200 Nice ou [adherents@neoliane.fr](mailto:adherents@neoliane.fr) qui se chargera 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 QUATREM - SA au capital de 390 426 249 euros - régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 PARIS - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Médéric. L'Assureur des garanties assistance est IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Nixart Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Tailbout 75436 Paris cedex 09.

Télétransmission des décomptes du régime obligatoire : Afin que le remboursement des frais médicaux complémentaires s'effectue de manière automatique, l'adhérent et les bénéficiaires tels que définis au contrat autorisent Owilance Mutua (conformément à la loi 78-17 « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978) à établir une liaison directe (échanges NOEMI) avec sa caisse du régime obligatoire si cela est possible. S'ils ne le souhaitent pas, ils ont la possibilité de refuser par écrit.

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 d'une ou de plusieurs garanties prévoyance
------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : Owliance Gestion (anciennement 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 Owliance 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)

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

Fait à

le

signature

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

☒

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom/prénoms

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Identification du créancier

Owliance Mutua Gestion

Centre de Gestion NEOLIANE

BP90051 – 31602 MURET Cedex

Identification Créancier SEPA (ICS) :

FR17ZZZ495471

Identification du mandat (réservé à Owliance 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 Owliance 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.