

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 for Nom, Prénom, Né(e) le, Sexe, and Coordonnées (N° de téléphone, E-mail, Adresse, Code Postal, Ville). Rows for Adhèrent principal, Conjoint, and 5 Enfants.

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 mensuelle. 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 for Indemnisation (20, 40, 60, 80, 100, 150 €/jour) and Cotisation. Rows for Adhèrent Principal, Conjoint, and 5 Enfants.

\* Uniquement en cas d'accident
• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhèrent 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 for Capital (20 000, 40 000, 60 000, 80 000, 100 000, 150 000 €) and Cotisation. Rows for Adhèrent Principal and Conjoint.

\* 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

2

3

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

Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : Je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes ayants droit présents sur la 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 présents sur la demande d'adhésion au contrat Néoliane Protect Hospi. 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 Energie +, la Notice valant conditions générales référencée : 00NEN1212\_01/2018 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévoyance UJH, la notice valant conditions générales référencée UJH862 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Indemnité journalière en cas d'hospitalisation (toutes causes) nommé Néoliane Protect Hospi (UJHC), la Notice valant conditions générales référencée EQC0954NI et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des 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 OWLIANCE MUTUA. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit (complémentaire santé, UJH, Capital Décès, Protect Hospi) 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'y 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 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 380 426 249 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 Niort 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 Talbott 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 Owlance Mutua (conformément à la loi 78-17 «Informatique et libertés » du 6 janvier 1978) à établir une liaison directe (échanges NOEMIE) 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