

Néoliane Santé & Prévoyance

455 Promenade des Anglais – Nice Plaza

06200 Nice

Tél. : 04 92 17 53 58

Code courtier conseil :

Nom du conseiller :

ESPACE RÉSERVÉ À NÉOLIANE

☐ LIN

☐ PC

DEMANDE D'ADHÉSION

☐ Affaire nouvelle

☐ Avenant

Statut professionnel de l'adhérent principal :

À remplir avec les professions suivantes :

salarie 60 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, chef d'entreprise, étudiant, retraité.

ADHÉRENTS (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire d'adhésion)

Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Coordonnées
Adhérent principal			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° de téléphone :
Conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	E-mail :
Enfant 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Adresse :
Enfant 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Enfant 3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Code Postal :
Enfant 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville :
Enfant 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

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 et Prévoyance. Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Aucun effet antérieur à la date de réception de la demande d'adhésion par Néoliane ne sera acceptée.

☐ **NÉOLIANE INITIAL+ (complémentaire santé)**

Souscription possible jusqu'à 89 ans inclus à l'adhésion

☐ **INITIAL+ 1**

☐ **INITIAL+ 2**

☐ **INITIAL+ 3**

☐ **INITIAL+ 4**

☐ **INITIAL+ 5**

☐ **INITIAL+ 6**

Bénéficiaires	N° de Sécurité Sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant droit)			Cotisation
			Régime*	Principal (1)	Affilié (3)	
<input type="checkbox"/> Principal						
<input type="checkbox"/> Conjoint				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gratuit
<input type="checkbox"/> Enfant 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gratuit
<input type="checkbox"/> Enfant 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gratuit
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) : <input type="checkbox"/> Couple 7 % <input type="checkbox"/> Famille** 10 %						
Réduction : <input type="checkbox"/> TNS ou EA 10 %						
Frais d'assistance (par mois)						2,50 €
Cotisation mensuelle						
Frais d'administration						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. Suite à la présente 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 INITIAL+, la Notice valant conditions générales référencée : EQ2000FNI_NI+_05/2018 et le statut de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites. J'atteste être informé(e) de mon droit mentionné à l'article L112-2-1 II du Code des assurances, de la renonciation à mes contrats par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans le délai prévu par les Notices valant conditions générales référencés ci-dessus (à l'article 24 de la Notice d'information référencées EQ2000FNI_NI+_05/2018). 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) 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 Salarisés non 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. 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. 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 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'EQUITÉ : 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – Société Anonyme au capital de 22 469 320 € – 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 assistance pour la partie Santé 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 Tailbot 75436 Paris cedex 09.

Fait à le | | | | | | | |

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

Cachet et visa du courtier conseil
Nom du cabinet : Adresse : Téléphone : Mail : Forme juridique : Capital social : Numéro RCS : Numéro Oras – www.orias.fr

Signature de l'adhérent principal