

Code courtier conseil:
Nom du conseiller:

Adhérents – l'adhérent principal doit être âgé à l'adhésion de 55 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 include Adhérent principal, Conjoint, and 5 Enfants.

Date d'effet santé et prévoyance
I/H 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 et Prévoyance.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

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

Néoliane Sérénité

Table for Néoliane Sérénité with columns for Sélection de la formule, Bénéficiaires, N° de Sécurité sociale, Organisme d'affiliation, Régime (Ayant droit), and Cotisation.

I/H (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation*)

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

Table for I/H with columns for Bénéficiaires, Cotisation, and Indemnisation amounts (20€ to 150€/jour).

*Uniquement en cas d'accident
• Choisissez les personnes protégées (ex : Adhérent principal + enfant 1)
• Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)

Capital Décès* / PTIA**

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

Table for Capital Décès with columns for Bénéficiaires, Cotisation, and Capital amounts (20 000€ to 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

2

3

<input type="checkbox"/> 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"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Par prélèvement <input type="checkbox"/> Par chèque (règlement annuel uniquement)	<input type="checkbox"/> 5 <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. 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 Sérénité, la Notice valant conditions générales référencée : EQC032ENI_NS_01/2018 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévoyance UH, la notice valant conditions générales référencée U8862 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 par demande écrite dans le délai prévu par les Notices valant conditions générales référencés ci-dessus (à l'article 25 de la Notice d'information référencée EQC032ENI_NS_01/2018). 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, UH, 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 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 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 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'EQUITE : 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 Europ Assistance, Société Anonyme au capital de 23 601 857 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers. 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	Signature du conjoint si ce dernier est assuré au titre d'une ou de plusieurs garanties prévoyance
------------------------------------	-----------------------------------	--