

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)	Conjoint (2)	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"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gratuit</b>
<input type="checkbox"/> Enfant 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gratuit</b>
<input type="checkbox"/> Enfant 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gratuit</b>
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié en son nom							<b>Sous-total</b>
* Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace Moselle							Réduction (cocher la case correspondante) : <input type="checkbox"/> Couple 7% <input type="checkbox"/> Famille** 10%
** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale							Réduction : <input type="checkbox"/> TNS ou EA 10%
Frais d'assistance (par mois)							2,50 €
<b>Cotisation mensuelle</b>							
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 Saliés 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'ÉQUITÉ : 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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MUTUA GESTION, gestionnaire de votre contrat Néliane 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.

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.

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 <input checked="" type="checkbox"/>			

Nom/prénoms					Adresse					
Code postal					Ville				Pays	

MUTUA GESTION  
BP90051 – 54 bis Av. Jacques Douzans 31602  
MURET Cedex

**RUM** (Référence Unique de Mandat) La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier

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.

- Les présents bulletins d'adhésion et le 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.

Néoliane Santé & Prévoyance – Service Nouvelles Adhésions  
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza 06200 Nice