

Néoliane  
SANTÉ & PRÉVOYANCE



Néoliane

**INITIAL**

**DEMANDE D'ADHÉSION**

Complémentaire Santé et Prévoyance

L'ÉQUITÉ  
assurances

## UN RAPPORT GARANTIE/PRIX OPTIMAL

Néoliane INITIAL répond à vos attentes et vos besoins en proposant des réductions pour tous les profils : couples (-7 %), familles\* (-10 %), gratuité du 3<sup>e</sup> enfant et des suivants\*\*, travailleurs indépendants (-10 %).

### LES POINTS FORTS DU PRODUIT

#### PRISE EN CHARGE DE LA MÉDECINE NATURELLE

Néoliane INITIAL vous rembourse jusqu'à 70 € par an sur vos prestations en médecines naturelles afin d'assurer votre bien-être.



#### PAS DE FORMALITÉ À L'ADHÉSION

L'adhésion à nos formules se fait sans délai d'attente et sans questionnaire médical pour que chacun bénéficie de garanties complètes et performantes.

#### AVANTAGES OPTIQUES

Néoliane INITIAL offre un double forfait optique : jusqu'à 450 € tous les 2 ans\*\*\* sur les montures et verres et jusqu'à 100 € par an pour vos lentilles.



#### TIERS PAYANT NATIONAL

Avec près de 9 millions de bénéficiaires, le réseau Viamedis vous dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé, soit plus de 180 000 accords sur tout le territoire français.



\*Si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale).

\*\*Jusqu'au 5<sup>e</sup> enfant inclus.

\*\*\*Sauf pour les personnes mineures ou en cas d'évolution de la vue.

# LES GARANTIES

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 89 ans

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO).

<b>HOSPITALISATION SECTEUR CONVENTIONNÉ</b>				
Frais de séjour (y compris maternité)	INITIAL 1 100 %	INITIAL 2 150 %	INITIAL 3 200 %	INITIAL 4 225 %
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) <sup>(2)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents au CAS** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100 %	150 %	200 %	225 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents au CAS** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100 %	130 %	180 %	200 %*
Chambre particulière <sup>(3)</sup> (hors ambulatoire)	Néant	45 € /jour	55 € /jour	65 € /jour
Frais accompagnant	Néant	15 € /jour	15 € /jour	15 € /jour
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	150 %
<b>HOSPITALISATION SECTEUR NON CONVENTIONNÉ</b>				
Frais de séjour (y compris maternité)	INITIAL 1 100 %	INITIAL 2 100 %	INITIAL 3 100 %	INITIAL 4 100 %
Forfait journalier hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>DENTAIRE</b>				
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO (SDE – ADA – ADC dentaire – ADI – ATM – AXI – INO – END – TDS)	INITIAL 1 100 %	INITIAL 2 100 %	INITIAL 3 150 %	INITIAL 4 150 %
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursés par le RO (PAM – PAR – PFC – PFM – RPN – PDT – ICO – IMP) et (TO – ORT)	100 %	150 %	200 %	250 %
Plafond dentaire (hors soins) <sup>(4)</sup>	illimité	illimité	700 €	1 000 €
<b>OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO <sup>(5)</sup></b>				
Monture et verres	INITIAL 1 100 %	INITIAL 2 200 €	INITIAL 3 350 €	INITIAL 4 450 €
Lentilles acceptées ou refusées (y compris lentilles jetables)	100 % <sup>(6)</sup>	100 €	100 €	100 €
<b>CONSULTATION ET PHARMACIE</b>				
Pharmacie	INITIAL 1 100 %	INITIAL 2 100 %	INITIAL 3 100 %	INITIAL 4 100 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins adhérents au CAS**	100 %	100 %	125 %	150 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins non adhérents au CAS**	100 %	100 %	105 %	130 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (CAS** et non CAS**) (ATM – ADC hors dentaire – ADA)	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses – Actes de biologie	100 %	100 %	100 %	125 %
Imagerie Médicale pour les médecins adhérents au CAS** (ADI – ADE)	100 %	100 %	100 %	125 %
Imagerie Médicale pour les médecins non adhérents au CAS** (ADI – ADE)	100 %	100 %	100 %	105 %
Médecines naturelles (forfait annuel) (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure)	Néant	30 €	50 €	70 €
<b>PRESTATIONS DIVERSES</b>				
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	INITIAL 1 100 %	INITIAL 2 100 %	INITIAL 3 125 %	INITIAL 4 150 %
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	125 %	150 %
<b>SERVICES</b>				
Délai d'attente	INITIAL 1 Aucun	INITIAL 2 Aucun	INITIAL 3 Aucun	INITIAL 4 Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national – Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

Aucun délai d'attente pour toutes les formules.

Aucun questionnaire médical.

-7% pour un tarif couple ; -10% si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale) ; -10% pour les TNS et exploitants agricoles ; Gratuité du 3<sup>e</sup> enfant jusqu'au 5<sup>e</sup> inclus ; Régime Alsace-Moselle : -40% pour les formules INITIAL 1 et INITIAL 2 et -30% pour les formules INITIAL 3 et INITIAL 4.

L'Assureur des garanties santé est L'EQUITE.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro. (Contrat responsable en application de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004) – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement du régime obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) Illimité, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.

(2) La chambre particulière n'est pas prise en charge.

(3) En cas d'hospitalisation pour motifs psychiatriques la chambre particulière n'est pas prise en charge.

(4) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% du tarif de responsabilité.

(5) Les montants indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. Pour l'ensemble des formules, à l'exception de la formule INITIAL 1, la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Le forfait attribué pour la monture ne pourra pas excéder 150 €. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat.

(6) Pour la formule INITIAL 1, les lentilles refusées par le RO ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire.

\*Jusqu'au 31 décembre 2016, ce plafond de remboursement est porté à 205% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

\*\*CAS : Contrat d'Accès aux Soins

## Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :

ADC : Actes de chirurgie  
 ADA : Actes d'anesthésie  
 ADI : Actes d'imagerie  
 ADE : Actes d'échographie  
 ATM : Actes Techniques Médicaux  
 AXI : Prophylaxie bucco-dentaire  
 END : Actes d'endodontie  
 ICO : Inlay-Core  
 INO : Actes inlay-onlay  
 IMP : Implantologie

ORT : Orthodontie médecin  
 PAR : Prothèses amovibles définitives résine  
 PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques  
 PDT : Prothèses dentaires provisoires  
 PFC : Prothèses fixes céramiques  
 PFM : Prothèses fixes métalliques  
 SDE : Soins dentaires  
 TDS : Parodontologie  
 TO : Orthodontie  
 RPN : Réparation sur prothèses

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice - Tél. : 04 92 17 53 58

ESPACE RÉSERVÉ À NÉOLIANE
[ ] LIN
[ ] PC
Avenir : C00047 CRS\_04/2015

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par l'adhérent 1/2

- [ ] Salarié – Régime Général [ ] Avenant
- [ ] Fonctionnaire – Régime Général
- [ ] Régime Indépendant (TNS)
- [ ] SA (Salarié Agricole)
- [ ] EA (Exploitant Agricole)
- [ ] Alsace-Moselle

Code courtier conseil : Nom du conseiller :

ADHÉRENTS (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 for Adhérent principal, Conjoint, and 5 Enfants.

Date d'effet santé et prévoyance
IJH 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.

Section for NÉOLIANE INITIAL (Complémentaire santé) with sub-sections INITIAL 1, 2, 3, 4. Includes a detailed table for beneficiaries, social security numbers, affiliation, and cotisation.

Section for IJH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation par accident) with a table showing indemnisation amounts for different levels of coverage.

Section for CAPITAL DÉCÈS / PTIA\* (par accident) with a table showing capital amounts for different levels of coverage.

\*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie couverture jusqu'à 65 ans Les bénéficiaires du capital sont : mon conjoint, à défaut mes ayants droit.





Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice - Tél. : 04 92 17 53 58

ESPACE RÉSERVÉ À NÉOLIANE
LIN
PC
Avenir : C00047 CRS\_04/2015

DEMANDE D'ADHÉSION
Exemplaire à conserver par le conseiller 1/2

- Salarié – Régime Général
Fonctionnaire – Régime Général
Régime Indépendant (TNS)
SA (Salarié Agricole)
EA (Exploitant Agricole)
Alsace-Moselle
Avenant

Code courtier conseil : Nom du conseiller :

ADHÉRENTS (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 for Adhérent principal, Conjoint, and 5 Enfants.

Date d'effet santé et prévoyance
IJH 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.

Section for NÉOLIANE INITIAL (Complémentaire santé) with tables for Initial 1, 2, 3, 4 and a detailed table for Bénéficiaires, N° de Sécurité Sociale, and Cotisation.

Section for IJH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation par accident) with a table for Indemnisation amounts and Cotisation mensuelle.

Section for CAPITAL DÉCÈS / PTIA\* (par accident) with a table for Capital amounts and Cotisation mensuelle.

\*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie couverture jusqu'à 65 ans Les bénéficiaires du capital sont : mon conjoint, à défaut mes ayants droit.



# DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par le conseiller

2/2

☐ **NÉOLIANE AVENIR**

Souscription possible **uniquement pour l'adhérent principal** de 40 à 85 ans pour les cotisations viagères, de 20 à 75 ans pour les cotisations temporaires 15 ans et de 20 à 70 ans pour les cotisations temporaires 20 ans

Capital décès toutes causes (adhérent principal)				Pièce d'identité (adhérent principal)	
Capital	<input type="checkbox"/> 2 000 €	<input type="checkbox"/> 3 000 €	<input type="checkbox"/> 4 000 €	<input type="checkbox"/> 5 000 €	<input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de séjour <input type="checkbox"/> Carte de résident
Durée de paiement	<input type="checkbox"/> Viagère <input type="checkbox"/> Temporaire 15 ans <input type="checkbox"/> Temporaire 20 ans				
Cotisation de base					
Frais d'association et d'assistance (par mois)	1 €				
Cotisation mensuelle					
				<input type="checkbox"/> Permis de conduire	
				Numéro : .....	
				Date d'expiration : .....	
				Date et lieu de délivrance : .....	
				Lieu de naissance : .....	

Bénéficiaire(s) du capital :

En cas de décès de l'assuré, le capital sera versé comme suit : le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcé ; à défaut, le partenaire avec lequel l'assuré est lié par un pacte civil de solidarité ; à défaut, les descendants de l'assuré, par parts égales entre eux : enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis) présents ou représentés ; à défaut, les ascendants de l'assuré par parts égales entre eux, ou le survivant d'entre eux ; à défaut, les frères et sœurs de l'assuré par parts égales entre eux ; à défaut, les héritiers, selon la dévolution successorale. Vous pouvez à tout moment désigner un autre bénéficiaire en complétant le document "désignation des bénéficiaires" prévu à cet effet.

Date d'effet souhaitée Néoliane Avenir

0

1



La date d'effet de l'adhésion au contrat Néoliane Avenir est définie au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant choisi par l'adhérent excepté le mois en cours.

## TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

- 1
- 2
- 3
- 4

<input type="checkbox"/> Néoliane INITIAL (complémentaire santé)	
<input type="checkbox"/> Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation (uniquement en cas d'accident)	
<input type="checkbox"/> Capital Décès/PTIA (uniquement en cas d'accident)	
<input type="checkbox"/> Néoliane Avenir (capital décès toutes causes)	
Cotisation totale mensuelle	
Frais d'administration (offert si une prévoyance cochée)	20 €

Périodicité de paiement par prélèvement	Date de prélèvement
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle
	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10

☐ Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre du contrat souscrit n'ont pas d'origine délictueuse au sens de la législation en vigueur relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et déclare être pleinement informé(e) que les assureurs et Néoliane Santé & Prévoyance ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN.

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 et éventuellement aux contrats Prévoyance. Je déclare avoir reçu sur un support durable, en avoir pris connaissance et en accepter les dispositions des notices et des statuts de l'association GPST mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane INITIAL, la Notice valant conditions générales référencée EQ2000BNL\_04/2015. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévoyance IJH, la notice valant conditions générales référencée LJ 8862. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévoyance Capital Décès/PTIA, la Notice valant conditions générales référencée CD8863. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Avenir valant conditions générales référencée OBS1989. 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 renonciation à mes contrats par demande écrite dans le délai prévu par les Notices valant conditions générales référencés ci-dessus. Mes contrats complémentaire santé, IJH, capital Décès et Avenir sont renouvelables par tacite reconduction à chaque échéance annuelle ou au 31 décembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées au gestionnaire de mon contrat. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit bénéficiera de son propre numéro et certificat d'adhésion. Les cotisations de mon contrat Néoliane Initial et Néoliane Prévoyance IJH/Capital décès sont versées à Mutua Gestion. Les cotisations de mon contrat Néoliane Avenir sont versées à Mutuelle Bleue. 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 Salariés 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'EQUITÉ : 7 boulevard Haussmann – 75442 Paris cedex 09 – 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 de prévoyance IJH et Capital Décès est la Mutuelle UMC, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire Sirène sous le n° SIREN 529 168 007, dont le siège social est situé 35 rue Saint Sabin – 75011 Paris. L'Assureur des garanties Néoliane Avenir est MUTUELLE BLEUE régie par le livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé au 68 rue du Rocher – CS 60075 – 75396 Paris Cedex 08, immatriculée au Sirène sous le numéro 775671993. L'Assureur des garanties Assistance pour les garanties Santé est FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au R.C.S. Nanterre 433 012 689, siège social : 108, Bureaux de la Cofline – 92213 Saint-Cloud Cedex. L'Assureur des garanties Assistance pour la partie Prévoyance IJH, Capital décès et Néoliane Avenir 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 de l'adhérent principal en cas d'adhésion à l'offre Néoliane Avenir	Signature du conjoint en cas d'adhésion à une ou plusieurs offres de prévoyance
------------------------------------	-----------------------------------	---	---

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice - Tél. : 04 92 17 53 58

ESPACE RÉSERVÉ À NÉOLIANE
LIN
PC
Avenir : C00047 CRS\_04/2015

DEMANDE D'ADHÉSION
Exemplaire à retourner à Néoliane Santé & Prévoyance 1/2
Salarié – Régime Général
Fonctionnaire – Régime Général
Régime Indépendant (TNS)
SA (Salarié Agricole)
EA (Exploitant Agricole)
Alsace-Moselle
Avenant

Code courtier conseil :
Nom du conseiller :

ADHÉRENTS (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 Adhèrent principal, Conjoint, and 5 Enfants.

Date d'effet santé et prévoyance
IJH 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.

Form section for NÉOLIANE INITIAL (Complémentaire santé) with tables for Beneficiaries, Social Security Number, and Affiliation details.

Form section for IJH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation par accident) with a table for indemnification amounts.

Form section for CAPITAL DÉCÈS / PTIA\* (par accident) with a table for capital amounts.

\*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie couverture jusqu'à 65 ans Les bénéficiaires du capital sont : mon conjoint, à défaut mes ayants droit.





# DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à retourner à Néoliane Santé & Prévoyance **2/2**

☐ **NÉOLIANE AVENIR**

Souscription possible **uniquement pour l'adhérent principal** de 40 à 85 ans pour les cotisations viagères, de 20 à 75 ans pour les cotisations temporaires 15 ans et de 20 à 70 ans pour les cotisations temporaires 20 ans

Capital décès toutes causes (adhérent principal)				Pièce d'identité (adhérent principal)				
Capital	<input type="checkbox"/> 2 000 €	<input type="checkbox"/> 3 000 €	<input type="checkbox"/> 4 000 €	<input type="checkbox"/> 5 000 €	<input type="checkbox"/> Carte d'identité	<input type="checkbox"/> Passeport	<input type="checkbox"/> Carte de séjour	<input type="checkbox"/> Carte de résident
Durée de paiement	<input type="checkbox"/> Viagère <input type="checkbox"/> Temporaire 15 ans <input type="checkbox"/> Temporaire 20 ans							
Cotisation de base								
Frais d'association et d'assistance (par mois)	1 €							
Cotisation mensuelle								
					<input type="checkbox"/> Permis de conduire			
					Numéro : .....			
					Date d'expiration : .....			
					Date et lieu de délivrance : .....			
					Lieu de naissance : .....			

Bénéficiaire(s) du capital :

En cas de décès de l'assuré, le capital sera versé comme suit : le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcé ; à défaut, le partenaire avec lequel l'assuré est lié par un pacte civil de solidarité ; à défaut, les descendants de l'assuré, par parts égales entre eux : enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis) présents ou représentés ; à défaut, les ascendants de l'assuré par parts égales entre eux, ou le survivant d'entre eux ; à défaut, les frères et sœurs de l'assuré par parts égales entre eux ; à défaut, les héritiers, selon la dévolution successorale. Vous pouvez à tout moment désigner un autre bénéficiaire en complétant le document "désignation des bénéficiaires" prévu à cet effet.

Date d'effet souhaitée Néoliane Avenir 

0	1																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



La date d'effet de l'adhésion au contrat Néoliane Avenir est définie au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant choisi par l'adhérent excepté le mois en cours.

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

1	<input type="checkbox"/> Néoliane INITIAL (complémentaire santé)	
2	<input type="checkbox"/> Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation (uniquement en cas d'accident)	
3	<input type="checkbox"/> Capital Décès/PTIA (uniquement en cas d'accident)	
4	<input type="checkbox"/> Néoliane Avenir (capital décès toutes causes)	
Cotisation totale mensuelle		
Frais d'administration (offert si une prévoyance cochée)		20 €

Périodicité de paiement par prélèvement	Date de prélèvement
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle	

☐ Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre du contrat souscrit n'ont pas d'origine délictueuse au sens de la législation en vigueur relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et déclare être pleinement informé(e) que les assureurs et Néoliane Santé & Prévoyance ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN.

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 et éventuellement aux contrats Prévoyance. Je déclare avoir reçu sur un support durable, en avoir pris connaissance et en accepter les dispositions des notices et des statuts de l'association GPST mentionnés ci-après : pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane INITIAL, la Notice valant conditions générales référencée EQ2000BN\_04/2015. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévoyance IJH, la notice valant conditions générales référencée LJ 8862. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Avenir valant conditions générales référencée OBS1989. 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 renonciation à mes contrats par demande écrite dans le délai prévu par les Notices valant conditions générales référencés ci-dessus. Mes contrats complémentaire santé, IJH, capital Décès et Avenir sont renouvelables par tacite reconduction à chaque échéance annuelle ou au 31 décembre de chaque année. Mes cotisations sont annuelles et versées au gestionnaire de mon contrat. Un prélèvement global pourra être effectué même si chaque produit bénéficiera de son propre numéro et certificat d'adhésion. Les cotisations de mon contrat Néoliane Initial et Néoliane Prévoyance IJH/Capital décès sont versées à Mutua Gestion. Les cotisations de mon contrat Néoliane Avenir sont versées à Mutuelle Bleue. 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 Salariés 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'EQUITÉ : 7 boulevard Haussmann – 75442 Paris cedex 09 – 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 de prévoyance IJH et Capital Décès est la Mutuelle UMC, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire Sirène sous le n° SIREN 529 168 007, dont le siège social est situé 35 rue Saint Sabin – 75011 Paris. L'Assureur des garanties Néoliane Avenir est MUTUELLE BLEUE régie par le livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé au 68 rue du Rocher – CS 60075 – 75396 Paris Cedex 08, immatriculée au Sirène sous le numéro 775671993. L'Assureur des garanties Assistance pour les garanties Santé est FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au R.C.S. Nanterre 433 012 689, siège social : 108, Bureaux de la Cofline – 92213 Saint-Cloud Cedex. L'Assureur des garanties Assistance pour la partie Prévoyance IJH, Capital décès et Néoliane Avenir 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 de l'adhérent principal en cas d'adhésion à l'offre Néoliane Avenir	Signature du conjoint en cas d'adhésion à une ou plusieurs offres de prévoyance
------------------------------------	-----------------------------------	---	---

## IJH : Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation

L'assureur des garanties est la Mutuelle UMC

Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence. Pour faire face au quotidien, bénéficiez du versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident.

**À partir de 2,35 € par mois,**  
vous bénéficiez des avantages suivants :

- versement d'une allocation allant jusqu'à 150 € /jour,
- durée maximum d'indemnisation : 1 an,
- couverture jusqu'à l'âge de 80 ans,
- possibilité d'assurer ses enfants.

	COTISATION MENSUELLE PAR BÉNÉFICIAIRE <sup>(1)</sup>	ALLOCATION
IJH 20	2,35 €	20 € /jour
IJH 40	4,21 €	40 € /jour
IJH 60	6,06 €	60 € /jour
IJH 80	7,91 €	80 € /jour
IJH 100	9,77 €	100 € /jour
IJH 150	14,40 €	150 € /jour

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2015

### Caractéristiques de l'offre IJH :

AUCUNE FORMALITÉ MÉDICALE

FRANCHISE DE 24 HEURES

ALLOCATION TOTALEMENT EXONÉRÉE D'IMPÔTS

FORMULE CUMULABLE À TOUT TYPE DE GARANTIE

OFFRE ACCESSIBLE JUSQU'À 75 ANS À L'ADHÉSION



## Capital Décès et PTIA\* par accident

L'assureur des garanties est la Mutuelle UMC

Cette formule couvre les risques de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie suite à un accident. La garantie Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) par accident est la solution pour mettre vos proches à l'abri des difficultés financières.

\*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

**À partir de 3,78 € par mois,**

**protégez votre famille grâce au versement d'un capital décès :**

- versement d'un capital décès allant jusqu'à 150 000 €,
- formule accessible jusqu'à 75 ans à l'adhésion,
- couverture jusqu'à l'âge de 80 ans pour le capital décès et 65 ans pour la PTIA,
- assistance complète et rapatriement de corps en France métropolitaine en cas de décès à l'étranger.

	COTISATION MENSUELLE DE 18 À 75 ANS <sup>(1)</sup>	CAPITAL VERSÉ
CAP 20	3,78 €	20 000 €
CAP 40	7,14 €	40 000 €
CAP 60	10,50 €	60 000 €
CAP 80	13,86 €	80 000 €
CAP 100	17,22 €	100 000 €
CAP 150	25,62 €	150 000 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2015 – (2) dans les limites fiscales en vigueur

### Caractéristiques de l'offre Capital Décès / PTIA :

AUCUNE FORMALITÉ MÉDICALE

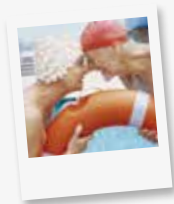
AUCUN DÉLAI DE CARENCE

CAPITAL EXONÉRÉ DE DROITS DE SUCCESSION<sup>(2)</sup>

CAPITAL VERSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES DÉSIGNÉS PAR VOS SOINS

VERSEMENT PAR ANTICIPATION EN CAS DE PTIA





## Les avantages pour vous

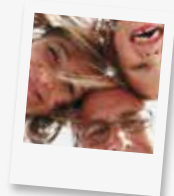
**BÉNÉFICIER DE LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE**

**TRANQUILLISER VOTRE ESPRIT D'UN POINT DE VUE FINANCIER ET ORGANISATIONNEL**

**PROFITER D'UNE ASSISTANCE POUR TOUTES VOS QUESTIONS**

# NÉOLIANE AVENIR

CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES



## Les avantages pour vos proches

**ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ DE VOTRE ENTOURAGE AU MOMENT DE VOTRE DÉCÈS GRÂCE AUX SERVICES D'ASSISTANCE**

**PROTÉGER VOS PROCHES EN CAS DE BESOIN**

**ANTICIPER EN TOUTE TRANQUILLITÉ DES CHOIX DIFFICILES POUR VOS PROCHES**

... Et profitez également des prestations d'assistance\*



**INFORMATIONS ET DÉMARCHES :** aide à la recherche d'un prestataire funéraire / aide aux démarches administratives / service d'information juridique relative au décès et conseil social

**SOUTIEN AUX PROCHES :** aide ménagère / prise en charge de vos enfants ou ascendants / transfert & garde d'animaux domestiques / assistance psychologique

**ACCOMPAGNEMENT DU CONJOINT SURVIVANT DÉPENDANT :** aide en cas de décès de l'adhérent aidant / services de proximité (livraison de médicaments, de repas, des courses, coiffeur à domicile...)

**TRANSPORTS :** rapatriement du corps en France métropolitaine / déplacement d'un proche

\* Se référer aux conditions générales d'Assistance

### Annulation de votre adhésion en cas de démarchage à domicile

En application du Code de la consommation, articles L121-23 à L121-26  
Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-contre.

**Conditions :** Compléter et signer ce formulaire

L'envoyer par courrier

Utiliser l'adresse figurant au dos et l'expédier au plus tard le quatorzième jour à partir du jour de la commande ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Date et signature le :

« Je soussigné(e) ☐ M. ☐ M<sup>me</sup>  
Nom : ..... Prénom : .....  
Demeurant : .....  
Code Postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....  
Nature des biens ou des services commandés : .....  
Date de l'adhésion : .....  
Numéros d'adhérent : .....  
déclare renoncer à mon adhésion au contrat susvisé et demande le remboursement des cotisations versées. »



**Néoliane**  
SANTÉ & PRÉVOYANCE

455 Promenade des Anglais – Nice Plaza – 06200 Nice  
[www.neoliane.fr](http://www.neoliane.fr)

**L'Équité** – 7 boulevard Haussmann – 75442 Paris cedex 09 – SA au capital de 22 469 320 € – RCS Paris B 572 084 697 – Entreprise régie par le Code des assurances  
Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026  
**Mutuelle UMC** – 35 Rue Saint Sabin – 75011 Paris – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.  
**Mutuelle Bleue** – Siège Social - 68 rue du Rocher – CS 60075 – 75396 Paris Cedex 08 – Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité

**Néoliane Santé & Prévoyance**

455 Promenade des Anglais  
Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice  
[www.neoliane.fr](http://www.neoliane.fr)