

Néoliane Santé & Prévoyance

455 Promenade des Anglais –

Immeuble Nice Plaza

06200 Nice

Tél.: 04 92 17 53 58

Code courtier conseil :

ESPACE RÉSERVÉ À NÉOLIANE

☐ LIN

☐ PC

Nom du conseiller :

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant
Statut professionnel de l'adhérent principal

- ☐ Gérant/Chef d'entreprise non salarié (TNS)*
☐ Profession libérale*
☐ Intermittent du spectacle
☐ Fonctionnaire d'état
☐ Contractuel de la fonction publique d'état
- ☐ Salarié sécurité sociale frontalier**
☐ Assistance maternelle
☐ Etudiant de moins de 20 ans
☐ Retraité de moins de 64 ans (inclus)
☐ Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle (personne invalide au foyer)

ADHÉRENTS (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire de souscription)

* Affilié au régime obligatoire

** Travaillant pour une société domiciliée hors de France

Nom	Prénom(s)	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	_____
Enfant 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Code Postal : _____
Enfant 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville : _____

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.

☐ COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

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

NÉOLIANE ÉQUILIBRE

Sélection de la formule	<input type="checkbox"/> FORMULE 1	<input type="checkbox"/> FORMULE 2	<input type="checkbox"/> FORMULE 3	<input type="checkbox"/> FORMULE 4	<input type="checkbox"/> FORMULE 5	<input type="checkbox"/> FORMULE 6
Sélection du renfort	<input type="checkbox"/> RENFORT BIEN-ÊTRE		<input type="checkbox"/> RENFORT BIEN-ÊTRE +			
Bénéficiaires	N° de Sécurité sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant droit)			Cotisation
<input type="checkbox"/> Principal	_____	_____	Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)
<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"/>
<input type="checkbox"/> Enfant 4	_____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfant 5	_____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous-total						
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié en son nom						
* 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%						
Réduction : <input type="checkbox"/> TNS ou EA 10%						
** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale						
Cotisation mensuelle						

☐ IJH ACCIDENT

(Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident)

Adhésion possible jusqu'à 70 ans inclus à l'adhésion

	Indemnisation 20€ /jour	Indemnisation 25€ /jour	Indemnisation 40€ /jour	Indemnisation 50€ /jour	Indemnisation 60€ /jour	Indemnisation 70€ /jour	Indemnisation 75€ /jour	Indemnisation 80€ /jour	Indemnisation 90€ /jour	Indemnisation 100€ /jour
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
Enfants uniquement si souscription adhérent principal ou conjoint										
<input type="checkbox"/> Enfant 1 (ayant droit)	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
<input type="checkbox"/> Enfant 2 (ayant droit)	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
<input type="checkbox"/> Enfant 3 (ayant droit)	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
<input type="checkbox"/> Enfant 4 (ayant droit)	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
<input type="checkbox"/> Enfant 5 (ayant droit)	<input type="checkbox"/> 2,91€	<input type="checkbox"/> 3,34€	<input type="checkbox"/> 4,63€	<input type="checkbox"/> 5,50€	<input type="checkbox"/> 6,36€	<input type="checkbox"/> 7,22€	<input type="checkbox"/> 7,66€	<input type="checkbox"/> 8,09€	<input type="checkbox"/> 8,95€	<input type="checkbox"/> 9,81€
Cotisation mensuelle										

*Uniquement en cas d'accident

- a) Choisissez les personnes protégées (ex : Adhérent principal + enfant 1)
b) Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40€ /jour)

IJH ACCIDENT (Suite)

	Indemnisation 110€ /jour	Indemnisation 120€ /jour	Indemnisation 125€ /jour	Indemnisation 130€ /jour	Indemnisation 140€ /jour	Indemnisation 150€ /jour	Indemnisation 160€ /jour	Indemnisation 175€ /jour	Indemnisation 180€ /jour	Indemnisation 190€ /jour	Indemnisation 200€ /jour
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
Adhèrent principal	10,68€	11,54€	11,97€	12,40€	13,27€	14,13€	14,99€	16,29€	16,72€	17,58€	18,45€
Conjoint	10,68€	11,54€	11,97€	12,40€	13,27€	14,13€	14,99€	16,29€	16,72€	17,58€	18,45€
Enfants uniquement si souscription adhérent principal ou conjoint											
Enfant 1 (ayant droit)	10,68€	11,54€	11,97€	12,40€	13,27€	14,13€	14,99€	16,29€	16,72€	17,58€	18,45€
Enfant 2 (ayant droit)	10,68€	11,54€	11,97€	12,40€	13,27€	14,13€	14,99€	16,29€	16,72€	17,58€	18,45€
Enfant 3 (ayant droit)	10,68€	11,54€	11,97€	12,40€	13,27€	14,13€	14,99€	16,29€	16,72€	17,58€	18,45€
Enfant 4 (ayant droit)	10,68€	11,54€	11,97€	12,40€	13,27€	14,13€	14,99€	16,29€	16,72€	17,58€	18,45€
Enfant 5 (ayant droit)	10,68€	11,54€	11,97€	12,40€	13,27€	14,13€	14,99€	16,29€	16,72€	17,58€	18,45€
Cotisation mensuelle											

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

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

1	Complémentaire santé	
2	Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation suite à un 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"/> 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) auprès de PREPAR-IARD à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes ayants droit présents sur la demande d'adhésion au contrat santé et prévoyance. Pour chacune de mes adhésions spécifiées dans la présente demande d'adhésion, je déclare avoir reçu sur support durable et avoir pris connaissance et accepter les dispositions des notices et des statuts mentionnés ci-après : Pour les garanties du contrat Santé nommé Néoliane ÉQUILIBRE, la Notice valant conditions générales référencée : 2/012, le tableau de garanties et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane PRÉVOYANCE IJH, la notice valant conditions générales référencée 2/013 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites ainsi que le tableau de garanties pour le contrat de Santé. Je certifie avoir pris connaissance de mon droit de renonciation des articles L. 112-9 et L. 112-2-1 du Code des assurances. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice. Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus. 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, IJH) 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 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. 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, à l'assureur 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 et Prévoyance est PREPAR-IARD, entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital de 800 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 343.158.036, dont le siège social est situé : Tour Franklin – 101 Quartier Boieldieu – 92800 Puteaux. Les garanties d'assistance sont assurées par Filassistance International, Société Anonyme au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés Nanterre 433 012 689 – Siège social : 108, Bureaux de la Colline – 92213 Saint-Cloud Cedex. Les garanties d'assistance en prévoyance sont assurées par 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 481.511.63. Néoliane est en partenariat avec l'assureur, le gestionnaire Owlance, l'association souscriptrice GPST et l'assiste. Owlance verse une prime/cotisation à l'assiste et à GPST, et une prime à l'assureur qui reverse par la suite une commission d'apport à Néoliane Santé & Prévoyance.

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

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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**.

IMPORTANT :

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.

Identification du payeur

Nom/prénoms	Adresse
-------------	---------

Code postal					Ville		Pays
-------------	--	--	--	--	-------	--	------

Coordonnées du compte à débiter :

IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire)

[illegible]

BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque)

[illegible]

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ✓

Fait à

le

signature

Identification de l'adhérent (si différent du paveur)

Nom / prénoms	Adresse
---------------	---------

Code postal					Ville		Pays
-------------	--	--	--	--	-------	--	------

Identification du créancier

MUTUA GESTION

BP90051 – 54 bis Av. Jacques Douzans 31602 MURET Cedex

Identification Créancier SEPA (ICS) :

FR17ZZZ495471

Identification du mandat (réservé à Mutua Gestion)

RUM (Référence Unique de Mandat)

© 2014 Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). All rights reserved. Printed in the United States of America. This publication is protected by copyright. Permission is granted to reproduce copies for personal or internal use, on the sole basis that requests for reproduction are made directly to Pearson Education, Inc., 501 Boylston Street, Boston, MA 02116.

La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier / Référence de contrat

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.

Pour enregistrer votre adhésion et recevoir votre carte ouvrant droit au tiers payant, vous devez renvoyer à la mutuelle :

- Les présents bulletins d'adhésion et 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.

Tous les documents devront être envoyés à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance

Service Nouvelles Adhésions

455 Promenade des Anglais – Nice Plaza 06200 Nice