

ESPACE RÉSERVÉ À NÉOLIANE

LIN

PC

Code courtier distributeur :

Nom du conseiller :

ADHÉRENTS - L'adhérent principal doit être âgé à l'adhésion de 18 ans minimum *(si plus de 5 ayants droit à assurer, remplir un second formulaire d'adhésion)*

Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Lieu de naissance de l'adhérent
Adhérent			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville de naissance :
Conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Code Postal : _ _ _ _ _ _ _
				Pays de naissance :
Enfant 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Coordonnées de l'adhérent
Enfant 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° de téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Enfant 3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	E-mail :
Enfant 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Adresse :
Enfant 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
				Code Postal : _ _ _ _ _ _ _
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville :

Date d'effet souhaitée



Sous réserve de l'acceptation de cette date par votre assureur actuel et du paiement de la première cotisation. La date d'effet de votre adhésion figurera dans le certificat d'adhésion. Si vous résiliez votre contrat actuel au titre de votre droit à résiliation infra annuelle, nous sommes dans l'obligation de vous assurer une permanence de couverture sans cumul de couverture avec votre contrat d'assurance actuel. Aussi, la date d'effet de votre nouveau contrat est susceptible de varier, sans modification de tarif. Le cas échéant, vous en serez préalablement informé. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, la date d'effet est fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la présente demande d'adhésion signée par Neoliane Santé & Prévoyance.

☐ **COMPLÉMENTAIRE SANTÉ**

Souscription possible jusqu'à 85 ans inclus à l'adhésion

<div><input type="checkbox"/> COMPLÉMENTAIRE SANTÉ</div> <div>Souscription possible jusqu'à 85 ans inclus à l'adhésion</div>		<div>MélieONE</div> <div>OPTIMA</div>					
Sélection de la formule		<div><input type="checkbox"/> OPTIMA 1</div>	<div><input type="checkbox"/> OPTIMA 2</div>	<div><input type="checkbox"/> OPTIMA 3</div>	<div><input type="checkbox"/> OPTIMA 4</div>	<div><input type="checkbox"/> OPTIMA 5</div>	
Bénéficiaires	N° de Sécurité sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant droit)				Cotisation
			Régime*	Principal	Conjoint (1)	Affilié (2)	
<input type="checkbox"/> Adhérent	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>					
<input type="checkbox"/> Conjoint (1)	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS (2) Affilié en son nom							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 Alsace Moselle : -40 % pour les formules 1, 2 et 3 et -30 % pour les formules 4 et 5							Réduction (cocher la/les case(s) correspondante(s)):
							<input type="checkbox"/> Couple 7 % <input type="checkbox"/> Familles**10%
Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***							2.50€
Cotisation mensuelle							
Frais de dossier (prélèvement unique)							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 (remplir le mandat de prélèvement SEPA)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle			

Suite à mon adhésion au contrat « Néolinea Optima » sur la présente demande, 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. Je déclare avoir reçu sur support durable et avoir pris connaissance de la notice Néolinea Optima référencée n°0032621, l'annexe 1 à la notice d'information N°0032621 - Relative aux frais de gestion et au taux de redistribution ainsi que les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire de la Notice de la garantie souscrite. J'atteste être informé(e) de mon droit mentionné à l'article L.112-2-II du code des assurances, de la renonciation à mon adhésion sur internet ou par courrier papier dans le délai prévu par la Notice d'information référencée ci-dessus. Ma faculté de renonciation peut être exercée en suivant un modèle de lettre comme celui ci : « Je soussigné(e) M./Mme (nom, prénom, adresse, n° Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion n° au Contrat « Néolinea Optima » dont la date d'effet est fixée au .../.../... Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre. Fait à ... le (Signature) ». Mon adhésion est renouvelable par tacite reconduction au 31 décembre de chaque année, à la suite d'une première période d'assurance ferme d'un an. Mes cotisations sont annuelles et versées à MUTUAL GESTION. Le fractionnement des prélèvements est défini dans la présente demande d'adhésion (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel). 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 Néolinea Santé & Prévoyance pour la résiliation de mon ancien contrat, la gestion et l'exécution de mon adhésion, et peuvent être transmises à cette fin au délégataire de gestion ainsi qu'à QuatreM en tant qu'organisme assureur. Je dispose du droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de mes données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Je dispose également du droit de m'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à ma situation particulière, de limiter le traitement dont je fais l'objet et d'un droit à la portabilité de mes données personnelles dans les limites fixées par la loi. Je dispose enfin de la possibilité de m'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons consultez les conditions générales de votre contrat d'assurance. Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse ou criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire et Financier, 324-1 et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme. L'organisme assureur des garanties est QuatreM - SA au capital de 510 426 216 € - régie par le code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris, Société du Groupe Malakoff Humanis. L'Assureur des garanties assistance est IMA Assurances : 118, avenue de Paris - 79000 TIRANT - Société Anonyme au capital de 7 000 000 euro - R.C.S. Niort B 481 511 632. Le consommateur dispose du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opossetel. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité. Pour plus d'information : www.bloctel.couv.fr ou OPOSETEL - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 TROYES.

*** 0.14€/mois de cotisation assistance, 0.05€/mois de cotisation pour l'association et 2.31€/mois de frais de courtage

Fait à le
(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion)

CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT
---	-------------------------