Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

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

ESPACE RÉSERVÉ À NÉOLIANE

☐ LIN

☐ PC

DEMANDE D'ADHÉSION

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

Profession de l'adhérent principal :
.....
.....

À remplir avec les professions suivantes :
salarié 59 ou -, salarié +60 ans inclus, salarié Sécurité sociale frontalier 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.

Code courtier conseil :

Nom du conseiller :

ADHÉRENTS (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire d'adhésion)

Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Coordonnées
Adhérent principal			☐ M ☐ F	N° de téléphone :
Conjoint			☐ M ☐ F	E-mail :
Enfant 1			☐ M ☐ F	Adresse :
Enfant 2			☐ M ☐ F	
Enfant 3			☐ M ☐ F	Code Postal :
Enfant 4			☐ M ☐ F	Ville :
Enfant 5			☐ M ☐ 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.*

☐ COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

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

NÉOLIANE INITIAL+

Sélection de la formule	☐ INITIAL+ 1	☐ INITIAL+ 2	☐ INITIAL+ 3	☐ INITIAL+ 4

Bénéficiaires	N° de Sécurité Sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant droit) – Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	Cotisation
☐ Principal							
☐ Conjoint				☐		☐	
☐ Enfant 1				☐	☐	☐	
☐ Enfant 2				☐	☐	☐	
☐ Enfant 3				☐	☐	☐	**Gratuit**
☐ Enfant 4				☐	☐	☐	**Gratuit**
☐ Enfant 5				☐	☐	☐	**Gratuit**
						Sous-total	
			Réduction (cocher la case correspondante) :	☐ Couple 7 %	☐ Famille** 10 %		
			Réduction :	☐ TNS ou EA 10 %			
						Cotisation mensuelle	

(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié en son nom
* Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace Moselle

*** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale*

❶

☐ IJH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation*)

Souscription possible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion

Bénéficiaires	Indemnisation 20 € /jour – Cotisation	Indemnisation 40 € /jour – Cotisation	Indemnisation 60 € /jour – Cotisation	Indemnisation 80 € /jour – Cotisation	Indemnisation 100 € /jour – Cotisation	Indemnisation 150 € /jour – Cotisation
☐ Adhérent principal	☐ 2,35 € /mois	☐ 4,21 € /mois	☐ 6,06 € /mois	☐ 7,91 € /mois	☐ 9,77 € /mois	☐ 14,40 € /mois
☐ Conjoint	☐ 2,35 € /mois	☐ 4,21 € /mois	☐ 6,06 € /mois	☐ 7,91 € /mois	☐ 9,77 € /mois	☐ 14,40 € /mois
Enfants uniquement si souscription adhérent principal ou conjoint						
☐ Enfant 1 (ayant droit)	☐ 2,35 € /mois	☐ 4,21 € /mois	☐ 6,06 € /mois	☐ 7,91 € /mois	☐ 9,77 € /mois	☐ 14,40 € /mois
☐ Enfant 2 (ayant droit)	☐ 2,35 € /mois	☐ 4,21 € /mois	☐ 6,06 € /mois	☐ 7,91 € /mois	☐ 9,77 € /mois	☐ 14,40 € /mois
☐ Enfant 3 (ayant droit)	☐ 2,35 € /mois	☐ 4,21 € /mois	☐ 6,06 € /mois	☐ 7,91 € /mois	☐ 9,77 € /mois	☐ 14,40 € /mois
☐ Enfant 4 (ayant droit)	☐ 2,35 € /mois	☐ 4,21 € /mois	☐ 6,06 € /mois	☐ 7,91 € /mois	☐ 9,77 € /mois	☐ 14,40 € /mois
☐ Enfant 5 (ayant droit)	☐ 2,35 € /mois	☐ 4,21 € /mois	☐ 6,06 € /mois	☐ 7,91 € /mois	☐ 9,77 € /mois	☐ 14,40 € /mois
						Cotisation mensuelle

❷

**Uniquement en cas d'accident*

- Choisissez les personnes protégées (exemple : 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

Bénéficiaires	Capital 20 000 € – Cotisation	Capital 40 000 € – Cotisation	Capital 60 000 € – Cotisation	Capital 80 000 € – Cotisation	Capital 100 000 € – Cotisation	Capital 150 000 € – Cotisation
☐ Adhérent principal	☐ 3,78 € /mois	☐ 7,14 € /mois	☐ 10,50 € /mois	☐ 13,86 € /mois	☐ 17,22 € /mois	☐ 25,62 € /mois
☐ Conjoint	☐ 3,78 € /mois	☐ 7,14 € /mois	☐ 10,50 € /mois	☐ 13,86 € /mois	☐ 17,22 € /mois	☐ 25,62 € /mois
						Cotisation mensuelle

❸

**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.

Néoliane Santé & Prévoyance – 455 Promenade des Anglais Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr)
L'Équité – 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – SA au capital de 26 469 320 € – 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.

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

❶	☐ **Complémentaire santé**	
❷	☐ **Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation***	
❸	☐ **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
☐ Mensuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Annuelle	☐ Par prélèvement ☐ Par chèque (règlement annuel uniquement)	☐ 5 ☐ 10

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 INITIAL+, la Notice valant conditions générales référencée : EQ2000ENI_NI+_01/2018 et les statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévoyance IJH, la notice valant conditions générales référencée IJ8862 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 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 EQ2000ENI_NI+_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, IJH, 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 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'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 de prévoyance 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 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 Taitbout 75436 Paris cedex 09.

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
Nom du cabinet : **Adresse :** **Téléphone :** **Mail :** **Forme juridique :** **Capital social :** **Numéro RCS :** **Numéro Orias – www.orias.fr**		