



## TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

1	<input type="checkbox"/> Néoliane ÉQUILIBRE – complémentaire santé	
2	<input type="checkbox"/> Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation (suite à un accident uniquement)	
	Frais d'association et d'assistance (par mois)	2.50 €
	<b>Cotisation totale mensuelle</b>	
	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"/> Par prélèvement	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Par chèque (règlement annuel uniquement)	
<input type="checkbox"/> Semestrielle		
<input type="checkbox"/> Annuelle		

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 LH nommé Néoliane Hôpital/ Accident une notice valant conditions générales référencée 2/013 et les garanties du contrat Prévoyance Décès par accident nommé Néoliane Cap/ Accident, la notice valant conditions générales référencée 1/061. 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, prévoyance, autre) 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 Salarisés 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. Toutes les informations collectées sur la demande d'adhésion, de même que celles recueillies ultérieurement, sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter votre demande. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, suivi et exécution des contrats d'assurance, (ii) la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires de l'Assureur et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne. Elles sont conservées, par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à confidentialité. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre mort et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Pour exercer un ou plusieurs de ces droits il convient de fournir une pièce justificative d'identité et de contacter par mél, le délégué à la protection des données de l'Assureur (dpo@prepar-vie.com) ou par courrier : PREPAR-VIE, tour Franklin, 100-101 terrasse BOIELDIEU, 92042 Paris la Défense cedex. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL (www.cnil.fr). 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 santé et 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 481.511.632. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.blctel.gov.fr.

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 de la garantie LH accident

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : MUTUA GESTION, gestionnaire de votre contrat Néoliane 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)	
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"/>	

### Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom/prénoms	Adresse
Code postal	Ville
Pays	

### Identification du créancier

MUTUA GESTION  
Centre de Gestion NÉOLIANE - BP90051 - 31602 MURET Cedex

Identification Créancier SEPA (ICS) :  
FR17ZZZ495471

### Identification du mandat (réservé à MUTUA GESTION)

RUM (Référence Unique de Mandat)

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.