Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

DEMANDE **D'ADHÉSION**

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

Code courtier distributeur :

Nom du courtier distributeur :

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE
455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème
06200 Nice
www.monneoliane.fr
Tél. : 04 92 17 53 58

OBLIGATOIRE
E-mail client : .....

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

NOM	PRÉNOM	NÉ(E) LE	SEXE	LIEU DE NAISSANCE DE L'ADHÉRENT
Adhérent principal			☐ M ☐ F	Ville de naissance : ..... Code Postal : _____ Pays de naissance : .....
Conjoint			☐ M ☐ F	
Enfant 1			☐ M ☐ F	**COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT**
Enfant 2			☐ M ☐ F	N° de téléphone : _____ E-mail : ..... Adresse : .....
Enfant 3			☐ M ☐ F	.....
Enfant 4			☐ M ☐ F	Code Postal : _____ Ville : .....
Enfant 5			☐ M ☐ F	

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 Néoliane Santé & Prévoyance.

☐ NÉOLIANE PERFORMANCE (complémentaire santé)

Souscription possible à partir de 18 ans et sans limite d'âge

☐ NP1 ☐ NP2 ☐ NP3 ☐ NP4 ☐ NP5 ☐ NP6

BÉNÉFICIAIRES	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME D'AFFILIATION	RÉGIME (AYANT DROIT)				COTISATION
			RÉGIME*	PRINCIPAL (1)	CONJOINT (2)	AFFILIÉ (3)	
☐ Principal							
☐ Conjoint				☐		☐	
☐ Enfant 1				☐	☐	☐	
☐ Enfant 2				☐	☐	☐	
☐ Enfant 3				☐	☐	☐	
☐ Enfant 4				☐	☐	☐	
☐ Enfant 5				☐	☐	☐	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) 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						Réduction (cocher si applicable) : ☐ Couple 10 % ☐ Famille 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
☐ Mensuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Annuelle	☐ Par prélèvement ☐ Par chèque (règlement annuel uniquement)	☐ 5 ☐ 10

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 présente demande d'adhésion. Je déclare avoir reçu sur support durable et pris connaissance de la Notice valant conditions générales référencée : EQC1072A_NI_06/2022 des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 27 de cette Notice, de l'IPID, ainsi que des statuts de l'association GPST. J'atteste être informé(e) de mon droit mentionné à l'article L112-2-1 II du Code des assurances, de renoncer à mon contrat dans les conditions et dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales. Si mon Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Salariés non agricoles, l'adhésion au contrat santé me 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. **Je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées. Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restants à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.**

La protection des données personnelles :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'ÉQUITÉ en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé, en tant que Délégataire : souscription des contrats; résiliation des anciens contrats; gestion de la vie du contrat; encaissement et recouvrement des primes; gestion et règlement des sinistres; gestion des réclamations dites de niveau 1; archivages des pièces de gestion et documents comptables. Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription et de résiliation le cas échéant, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique le consentement, l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles. Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations règlementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales. Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime. Le traitement des données de santé dans le cadre du versement des prestations a pour base légale la protection sociale. Dans les conditions prévues par la réglementation : Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation ; vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires. Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé & Prévoyance : 455 promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice ; adresse email : dpo@neoliane.fr. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par l'Equité en qualité d'Assureur, nous vous invitons à consulter l'article 22 de la Notice d'information.

En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement. Opposition au démarchage téléphonique : les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.

*** 0,18€/mois de cotisation assistance, 0,05€/mois de cotisation pour l'association et 2,27€/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 PRINCIPAL
Nom du cabinet : Adresse : Téléphone : Mail : Numéro RCS : Numéro Orias - www.orias.fr :	

EQC1072A_DA_06/2022

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais Imm. Nice Plaza 5ème – 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).
Produit assuré par **L'ÉQUITÉ** - SA au capital de 26 469 320 €, entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris B 572 084 697 - 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Assistance du produit : **IMA ASSURANCES** - SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances - RCS Niort numéro 481 511 632 - 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.