

## Devoir de conseil

Cette étude personnalisée est établie conformément aux articles L. 520-1-II et R. 520-2 du Code des Assurances et a pour objectif de définir vos besoins afin de vous proposer le contrat le plus adapté à votre situation.

### Vos besoins en cas d'hospitalisation

Je souhaite que ma complémentaire santé rembourse les dépassements d'honoraires modérés et les prestations de confort aux prix moyens.

### Vos besoins pour vos frais en dentaire

Mes besoins dentaires sont courants (détartrage, soins de caries, etc.) et ne nécessitent pas de prises en charge importantes sur les prothèses dentaires ou l'orthodontie.

### Vos besoins pour vos dépenses en optique

L'optique est un poste de dépense qui me concerne et une prise en charge entre 75 € et 125 € par an me suffit.

### Vos besoins pour vos frais de soins courants (consultation \ pharmacie)

Je consulte de temps en temps des médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires. Une prise en charge des honoraires modérés me convient.

Nous insistons sur l'importance et l'exactitude des réponses que vous pourrez donner aux questions lors de la souscription du contrat. Toute fausse déclaration peut entraîner une annulation du contrat et l'absence de couverture en cas de sinistre.

### Informations générales

Nous sommes intermédiaire en assurances, exerçant sous le statut de Courtier, immatriculé à l'ORIAS N°09 050 488. Vous trouverez ces informations sur le site de l'ORIAS à l'adresse suivante : [www.orias.fr](http://www.orias.fr). Notre cabinet exerce selon les dispositions prévues à l'article L. 520-1-II du Code des assurances, cela veut dire que le contrat que nous vous proposons est issu des organismes assureurs partenaires de notre cabinet. Vous pouvez obtenir leur nom sur simple demande auprès de notre cabinet.

### En cas de réclamation

Dans un premier temps, nous vous recommandons de contacter notre cabinet aux coordonnées fournies sur ce document. Vous avez également la possibilité de contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution à l'adresse suivante : 61 rue Taitbout – 75436 Paris CEDEX 09. Les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre demande d'assurance et les informations administratives peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes les informations figurant sur les fichiers qui vous concernent en adressant, par écrit, votre demande à notre cabinet.

### Votre solution Néoliane :

Au vu des besoins que vous avez exprimés au terme du présent diagnostic, nous vous recommandons de souscrire la garantie Néoliane Vitalite

Je reconnais avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance proposé ci-dessous, et avoir reçu une information sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

Je déclare être résident fiscal en France.

## NÉOLIANE SANTÉ

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

Code courtier conseil : NR1975-1

Nom du conseiller :

ESPACE RÉSERVÉ À NÉOLIANE SANTÉ

PC (A)  LIN (A)  
 PC (B)  LIN (B)

# DEMANDE D'ADHÉSION

## À NÉOLIANE VITALITÉ

1/2

Affaire nouvelle  Avenant

Statut professionnel de l'adhérent principal :

Salarié 59 ans ou .....

À remplir avec les professions suivantes :  
salarié 59 ans ou -, salarié +60 ans inclus, salarié Sécurité sociale frontalière et travaillant pour une société domiciliée hors de France, fonctionnaire, contractuel de la fonction publique, assistante maternelle, régime Indépendant (TNS), profession libérale (affilié au régime Sécurité sociale), chef d'entreprise, étudiant, retraité, autre.

### 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	Coordonnées
Revellat (principal)	Flavien	15/07/1992	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° de téléphone : 0 6 16 10 14 17 17 1 16 14
Revellat	AXEL	23/05/1992	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	E-mail : Evelyne@revellat.fr.....
Enfant 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Adresse : 19.RUE.CAMILLE.CLAUDEL.....
Enfant 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Code Postal : 9 4 3 5 0
Enfant 3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville : Villiers-sur-Marne.....
Enfant 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

### Date d'effet santé et prévoyance

IJH et/ou Capital décès souhaitée 0 2 0 3 2 0 1 8



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.  
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 à partir de 18 ans sans limite d'âge à l'adhésion

Sélection de la formule			<input type="checkbox"/> Vitalité 1	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité 2	<input type="checkbox"/> Vitalité 3	<input type="checkbox"/> Vitalité 4
Bénéficiaires	N° de Sécurité sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant-droit)			Cotisation
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	
<input checked="" type="checkbox"/> Principal	1 9 2 0 7 9 1 2 2 8 3 1 0 1 2	0 1 9 4 1 3 9 1 1	Salarié			
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	1 6 0 1 2 7 8 4 7 1 3 5 2 1 4	0 1 9 4 1 3 9 1 1	Salarié	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfant 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GRATUIT
<input type="checkbox"/> Enfant 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GRATUIT
<input type="checkbox"/> Enfant 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GRATUIT
SOUS-TOTAL						61.81 €
Réduction (cocher la case correspondante) : <input checked="" type="checkbox"/> Couple 7% <input type="checkbox"/> Famille** 10%						-4.33 €
Réduction : <input type="checkbox"/> TNS ou EA 10%						0
<b>Cotisation mensuelle</b>						<b>57.48 €</b>

### IJH (Indemnités journalières en cas d'hospitalisation\*)

Souscription possible à partir de 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion

Bénéficiaires	Cotisation	Indemnisation 20 €/jour	Indemnisation 40 €/jour	Indemnisation 60 €/jour	Indemnisation 80 €/jour	Indemnisation 100 €/jour	Indemnisation 150 €/jour
<input type="checkbox"/> Adhérent Principal	<input type="checkbox"/> 2,35 €/mois	<input type="checkbox"/> 4,21 €/mois	<input type="checkbox"/> 6,06 €/mois	<input type="checkbox"/> 7,91 €/mois	<input type="checkbox"/> 9,77 €/mois	<input type="checkbox"/> 14,40 €/mois	
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 2,35 €/mois	<input type="checkbox"/> 4,21 €/mois	<input type="checkbox"/> 6,06 €/mois	<input type="checkbox"/> 7,91 €/mois	<input type="checkbox"/> 9,77 €/mois	<input type="checkbox"/> 14,40 €/mois	
Enfants uniquement si souscription adhérent principal ou conjoint							
<input type="checkbox"/> Enfant 1 (ayant droit)	<input type="checkbox"/> 2,35 €/mois	<input type="checkbox"/> 4,21 €/mois	<input type="checkbox"/> 6,06 €/mois	<input type="checkbox"/> 7,91 €/mois	<input type="checkbox"/> 9,77 €/mois	<input type="checkbox"/> 14,40 €/mois	
<input type="checkbox"/> Enfant 2 (ayant droit)	<input type="checkbox"/> 2,35 €/mois	<input type="checkbox"/> 4,21 €/mois	<input type="checkbox"/> 6,06 €/mois	<input type="checkbox"/> 7,91 €/mois	<input type="checkbox"/> 9,77 €/mois	<input type="checkbox"/> 14,40 €/mois	
<input type="checkbox"/> Enfant 3 (ayant droit)	<input type="checkbox"/> 2,35 €/mois	<input type="checkbox"/> 4,21 €/mois	<input type="checkbox"/> 6,06 €/mois	<input type="checkbox"/> 7,91 €/mois	<input type="checkbox"/> 9,77 €/mois	<input type="checkbox"/> 14,40 €/mois	
<input type="checkbox"/> Enfant 4 (ayant droit)	<input type="checkbox"/> 2,35 €/mois	<input type="checkbox"/> 4,21 €/mois	<input type="checkbox"/> 6,06 €/mois	<input type="checkbox"/> 7,91 €/mois	<input type="checkbox"/> 9,77 €/mois	<input type="checkbox"/> 14,40 €/mois	
<input type="checkbox"/> Enfant 5 (ayant droit)	<input type="checkbox"/> 2,35 €/mois	<input type="checkbox"/> 4,21 €/mois	<input type="checkbox"/> 6,06 €/mois	<input type="checkbox"/> 7,91 €/mois	<input type="checkbox"/> 9,77 €/mois	<input type="checkbox"/> 14,40 €/mois	
<b>Cotisation mensuelle</b>							<b>0</b>

\* Uniquement en cas d'accident

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

### CAPITAL DÉCÈS\* / PTIA\*\*

Souscription possible à partir de 18 ans à 75 ans inclus à l'adhésion

Bénéficiaires	Cotisation	Capital 20 000 €	Capital 40 000 €	Capital 60 000 €	Capital 80 000 €	Capital 100 000 €	Capital 150 000 €
<input type="checkbox"/> Adhérent Principal	<input type="checkbox"/> 3,78 €/mois	<input type="checkbox"/> 7,14 €/mois	<input type="checkbox"/> 10,50 €/mois	<input type="checkbox"/> 13,86 €/mois	<input type="checkbox"/> 17,22 €/mois	<input type="checkbox"/> 25,62 €/mois	
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 3,78 €/mois	<input type="checkbox"/> 7,14 €/mois	<input type="checkbox"/> 10,50 €/mois	<input type="checkbox"/> 13,86 €/mois	<input type="checkbox"/> 17,22 €/mois	<input type="checkbox"/> 25,62 €/mois	
<b>Cotisation mensuelle</b>							<b>0</b>

\* 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.

# DEMANDE D'ADHÉSION À NÉOLIANE VITALITÉ

2/2

## TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

1	<input checked="" type="checkbox"/> Complémentaire santé	57.48 €
2	<input type="checkbox"/> Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation*	0
3	<input type="checkbox"/> Capital Décès / PTIA*	0
* Uniquement en cas d'accident		Frais d'association et d'assistance (par mois) 0,35 €
		<b>Cotisation totale mensuelle 57.48 €</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 checked="" type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input checked="" type="checkbox"/> Par prélèvement <input type="checkbox"/> Par chèque (règlement annuel uniquement)	<input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10
<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) 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 Vitalité, la Notice valant conditions générales référencée : EQC089NIC\_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 IJH862 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 dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales. Mes contrats sont renouvelables par tacite reconduction un an après leur prise d'effet puis 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 mon Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non Salarisés 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 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 26 469 320 € – 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 Sirene 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. L'Assureur des garanties assistance pour la partie Prévoyance est IMA Assurances : 118, avenue de Paris – 79000 Niort – Société Anonyme au capital de 7 000 000 euros – R.C.S. Niort B 481 511 632. »

Fait à Villiers-sur-Marne le 2 | 7 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8  
(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion)

Cachet et visa du courtier conseil  
**CKS COST KILLER SOLUTIONS**  
 60 boulevard de Magenta  
 75010  
 PARIS  
 T : 01.84.16.85.31  
 Contact@cksassur.fr  
 RCS : 532501640  
 N° Orias : 15004724

Signature de l'adhérent principal