DEMANDE D'ADHÉSION
NÉOLIANE OBSÈQUES

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3
www.neoliane.fr/service-client
Tél. : 04 92 17 53 58

ESPACE RÉSERVÉ À NÉOLIANE

☐ LIN ☐ PC

Code courtier distributeur :

Nom du courtier distributeur :

Profession : .....

Cadre réservé à Néoliane

C00047

ASSURÉ PRINCIPAL

NOM	NOM DE NAISSANCE	PRÉNOM	NÉ(E) LE	LIEU DE NAISSANCE	SEXE
				Ville de naissance : ..... CP de naissance : _ _ _ _ _	☐M ☐F

COORDONNÉES	PIÈCE D'IDENTITÉ DE L'ASSURÉ*
Adresse : .... Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : ..... N° de téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ E-mail :	☐ Carte d'identité ☐ Passeport ☐ Carte de séjour ☐ Carte de résident ☐ Permis de conduire Numéro : ..... Date d'expiration : ..... Date et lieu de délivrance : ..... Lieu de naissance : ..... * joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité pour un capital supérieur à 5 000 euros.

☐ Adhésion couple

Nom et prénom du conjoint .....

Date d'effet souhaitée 0 1 _ _ _ _ _ _ _

⚠ La date d'effet est définie au 1er jour du mois suivant ou du mois choisi par l'assuré excepté le mois en cours sous réserve du paiement de la 1ère cotisation.

CAPITAL

Durée de paiement*	Capital choisi (entre 2 000 € et 12 000 € par tranche de 1 000 €)											Cotisation
Viagère ☐ Temporaire 15 ans ☐ Temporaire 20 ans ☐	2 000 € ☐	3 000 € ☐	4 000 € ☐	5 000 € ☐	6 000 € ☐	7 000 € ☐	8 000 € ☐	9 000 € ☐	10 000 € ☐	11 000 € ☐	12 000 € ☐	
												☐ Réduction couple : 5%
												Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois) (1) : 1,00 €
												Cotisation mensuelle**

* L'assuré devra être âgé entre 40 ans et 83 ans inclus pour les cotisations viagères, entre 18 et 75 ans inclus pour les cotisations temporaires 15 ans et entre 18 et 70 ans inclus pour les cotisations temporaires 20 ans.

** La cotisation est calculée en fonction de la durée de paiement des cotisations, du niveau de garantie souscrit et de l'âge millésimé de l'assuré (établi par tranche quinquennale) : selon la différence entre l'année de la prise d'effet de l'adhésion et l'année de naissance de l'assuré.

Périodicité de paiement par prélèvement	Date de prélèvement
☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle	☐ 5 ☐ 10 ☐ 15

DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRE(S)

En cas de décès de l'Assuré, le capital sera versé à la personne physique qui a réglé mes obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge mes obsèques, sur présentation des factures, à hauteur des frais engagés et dans la limite du capital garanti, et pour le surplus éventuel, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ci-après :

☐ Le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcé ; à défaut, le partenaire avec lequel l'assuré est lié par un pacte civil de solidarité ; à défaut, les descendants de l'assuré, par parts égales entre eux : enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis) présents ou représentés ; à défaut, les ascendants de l'assuré par parts égales entre eux, ou le survivant d'entre eux ; à défaut, les frères et soeurs de l'assuré par parts égales entre eux ; à défaut, les héritiers, selon la dévolution successorale.

☐ Clause libre : à libeller très lisiblement en majuscules.

Rang d'attribution :	Nom du bénéficiaire* : Adresse du bénéficiaire :	Né(e) le : à :	Répartition en pourcentage :
Rang d'attribution :	Nom du bénéficiaire* : Adresse du bénéficiaire :	Né(e) le : à :	Répartition en pourcentage :
Rang d'attribution :	Nom du bénéficiaire* : Adresse du bénéficiaire :	Né(e) le : à :	Répartition en pourcentage :

* Si le bénéficiaire est une personne physique, renseigner le nom, le nom de naissance, le prénom, la date et le lieu de naissance (code postal et ville). Si le bénéficiaire est une personne morale, renseigner la dénomination sociale et les coordonnées de son siège social.

L'assuré peut désigner le ou les bénéficiaire(s) dans la demande d'adhésion et ultérieurement, à VIASANTÉ Mutuelle - Service Prévoyance - 14 rue René Cassin - CS 7020 - 77014 Melun Cedex. La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré doit indiquer les coordonnées du bénéficiaire. La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus appropriée. L'attention de l'assuré est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire.

☐ Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre du contrat souscrit n'ont pas d'origine délictueuse au sens de la législation en vigueur relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et déclare être pleinement informé(e) que Néoliane Santé et VIASANTÉ Mutuelle ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN.

Dans le cadre de mon contrat Néoliane OBSÈQUES, je déclare avoir reçu et pris connaissance des informations précontractuelles, de la notice d'information Néoliane OBSÈQUES référencée OBS199, ainsi que des statuts de l'association GPST et des statuts de VIASANTÉ Mutuelle sur un support durable et en accepter les dispositions. Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. 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 ou la mise en réduction du montant des prestations conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 et 15 du Code de la mutualité. Je certifie avoir pris connaissance de mon droit de renonciation prévu par l'Article L.221-18 du Code de la mutualité, dans le délai prévu par la notice d'information référencée ci-dessus. Une lettre de renonciation peut être rédigée selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, adresse, n° Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion n°..... au Contrat « Néoliane Obsèques » dont la date d'effet est fixée au .. /.. /.. et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la présente lettre recommandée. Fait à ....., le ..... (Signature)». Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées. Les données recueillies dans le cadre de l'étude de mon dossier font l'objet d'un traitement informatique ou manuel par le Courtier Distributeur, Néoliane Santé, VIASANTÉ Mutuelle et Mutua Gestion, pour la gestion et l'exécution de mon adhésion ainsi que la résiliation de mon ancien contrat. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de mon dossier. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition). Elles sont destinées au Courtier Distributeur, à Néoliane Santé, à VIASANTÉ Mutuelle et à Mutua Gestion en tant que responsables du traitement ou sous-traitants du traitement et, éventuellement, aux mandataires ou partenaires de ces intervenants. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux contrats ou tout autre document contractuel que je suis tenu de respecter. Néoliane Santé et VIASANTÉ Mutuelle prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de mes données personnelles. Je dispose également d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données me concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Je peux également, pour des motifs légitimes, m'opposer au traitement des données me concernant. Je peux exercer mes droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 NICE ; adresse email : dpo@neoliane.fr. . En outre, j'ai la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de mes données à caractère personnel, applicables après mon décès. Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales). En cas de désaccord, je peux introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy 75007 Paris. Certains transferts de données à caractère personnel peuvent être réalisés vers des pays tiers à l'Union Européenne dans le respect des dispositions du RGPD. Dans cette hypothèse, Néoliane Santé s'engage, sur simple demande de la personne concernée, à apporter une information complète sur la finalité du transfert, les données transférées, les destinataires exacts des informations et les moyens mis en œuvre pour encadrer ce transfert. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. 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. Vous pouvez vous inscrire sur cette liste d'opposition au démarchage téléphonique par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : Worldline – Service Bloctel CS 61311 – 41013 Blois Cedex.

(1) 0,12€/mois de cotisation assistance, 0,05€/mois de cotisation pour l'association et 0,83€/mois de frais de courtage

Fait à .....

le _ _ _ _ _ _ _ _

CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR

Nom du cabinet :
Adresse :
Téléphone :

Mail :
Numéro RCS :
Numéro ORIAS (www.orias.fr) :

SIGNATURE DE L'ASSURÉ