

LINEA SANTÉ ET PRÉVOYANCE

455 Promenade des Anglais
Imm. Nice Plaza 5^{ème}
06200 Nice

☒ Affaire nouvelle

☐ Avenant

Nom du conseiller :

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

NOM	NOM DE JEUNE FILLE	PRÉNOM	NÉ(E) LE	SEXE	COORDONNÉES
Thomas		Thibault	06/02/1958	☒ M ☐ F	N° de téléphone : 06.77.05.42.18
Conjoint				☐ M ☐ F	E-mail : DAMTHO84@YAHOO.FR
Enfant 1				☐ M ☐ F	Adresse :
Enfant 2				☐ M ☐ F	9 Impasse les Hauts de Sérignan
Enfant 3				☐ M ☐ F	Code Postal : 34410
Enfant 4				☐ M ☐ F	Ville : Sérignan
Enfant 5				☐ M ☐ F	

Date d'effet souhaitée 0 1 / 0 1 / 2 0 2 2



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 Linea Santé & 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 Linea Santé & Prévoyance ne sera acceptée.

☒ Linea Hospi'accident

(Indemnités journalières en cas d'hospitalisation en cas d'accident)

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

	Indemnisation 20 € /jour	Indemnisation 40 € /jour	Indemnisation 60 € /jour	Indemnisation 80 € /jour	Indemnisation 100 € /jour	Indemnisation 150 € /jour
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
☒ Adhérent principal	☐ 4,35 € /mois	☐ 7,20 € /mois	☒ 10,05 € /mois	☐ 12,90 € /mois	☐ 15,75 € /mois	☐ 22,85 € /mois
☐ Conjoint	☐ 4,35 € /mois	☐ 7,20 € /mois	☐ 10,05 € /mois	☐ 12,90 € /mois	☐ 15,75 € /mois	☐ 22,85 € /mois
Enfants uniquement si adhésion adhérent principal ou conjoint						
☐ Enfant 1 (ayant droit)	☐ 4,35 € /mois	☐ 7,20 € /mois	☐ 10,05 € /mois	☐ 12,90 € /mois	☐ 15,75 € /mois	☐ 22,85 € /mois
☐ Enfant 2 (ayant droit)	☐ 4,35 € /mois	☐ 7,20 € /mois	☐ 10,05 € /mois	☐ 12,90 € /mois	☐ 15,75 € /mois	☐ 22,85 € /mois
☐ Enfant 3 (ayant droit)	☐ 4,35 € /mois	☐ 7,20 € /mois	☐ 10,05 € /mois	☐ 12,90 € /mois	☐ 15,75 € /mois	☐ 22,85 € /mois
☐ Enfant 4 (ayant droit)	☐ 4,35 € /mois	☐ 7,20 € /mois	☐ 10,05 € /mois	☐ 12,90 € /mois	☐ 15,75 € /mois	☐ 22,85 € /mois
☐ Enfant 5 (ayant droit)	☐ 4,35 € /mois	☐ 7,20 € /mois	☐ 10,05 € /mois	☐ 12,90 € /mois	☐ 15,75 € /mois	☐ 22,85 € /mois
Cotisation mensuelle						10.05

*Uniquement en cas d'accident

a) Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1)

b) Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)

☐ Linea Cap'accident

(capital décès et PTIA en cas d'accident)

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

	Capital 20 000 €	Capital 40 000 €	Capital 60 000 €	Capital 80 000 €	Capital 100 000 €	Capital 150 000 €
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
☐ Adhérent principal	☐ 6,62 € /mois	☐ 11,77 € /mois	☐ 16,92 € /mois	☐ 22,07 € /mois	☐ 27,27 € /mois	☐ 40,17 € /mois
☐ Conjoint	☐ 6,62 € /mois	☐ 11,77 € /mois	☐ 16,92 € /mois	☐ 22,07 € /mois	☐ 27,27 € /mois	☐ 40,17 € /mois
Cotisation mensuelle						

*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le bénéficiaire du capital est le conjoint de l'Assuré non séparé de corps, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Total des cotisations mensuelles

☒ Linea Hospi'accident ⁽¹⁾	10.05
☐ Linea Cap'accident ⁽²⁾	
Frais d'association mensuels	0,05 €
Cotisation totale mensuelle	10.05

Mode et périodicité de paiement

Périodicité de paiement	Mode de paiement	Date de prélèvement
☒ Mensuelle ☐ Trimestrielle	☒ Par prélèvement ☐ Par chèque (règlement annuel uniquement)	☒ 5 ☐ 10
☐ Semestrielle ☐ Annuelle		

Mes cotisations sont annuelles et versées à Néoliane Gestion selon le fractionnement choisi et payables dans les 20 jours suivant chaque échéance fixée au 1^{er} du mois. Je déclare avoir reçu un exemplaire sur support durable des statuts de l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous). Pour chacune des garanties souscrites, je déclare avoir pris connaissance des notices d'informations valant conditions générales, référencées EQC1000A_NL_01/2021 pour le contrat Linea Hospi'accident indemnités journalières en cas d'hospitalisation, EQC1000A_NL_01/2021 pour le contrat Linea Cap'accident, qui sont jointes à cette demande d'adhésion, en acceptant les dispositions et en avoir conservé un exemplaire. Je certifie avoir pris connaissance de mon droit de renonciation des articles L. 112-9 et L. 112-2-1 du Code des assurances et je demande l'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST à laquelle j'adhère. 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 L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances. L'Assureur des garanties est L'ÉQUITÉ, pour l'ensemble des garanties susvisées dans la demande d'adhésion. L'Équité – 2 rue Pillet-Will – 75009 Paris – SA au capital de 22 469 320 € – 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. L'Assureur des garanties assistance 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 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, 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 pour la gestion et l'exécution de mon adhésion, et peuvent être transmises à cette fin au délégataire de gestion et au réassureur. Elles pourront être également utilisées, sauf opposition de ma part que je peux exprimer notamment en cochant la case ci-contre ☐ à des fins de prospection commerciale par Néoliane Santé & Prévoyance, et je pourrai ainsi recevoir d'autres offres. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données me concernant, que je peux exercer à l'adresse suivante : Linea Santé & Prévoyance – 455 Promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice ou adherents@linea-sante.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.

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 : OPPOSETEL - Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes.

(1) La cotisation intègre des frais d'assistance de 0,05 € et des frais de courtage de 1,45 € (par mois et par adhérent)

(2) La cotisation intègre des frais d'assistance de 0,05 € et des frais de courtage de 1,37 € (par mois et par adhérent)

Fait à Sérignan le 28/10/2021

(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion)

Cachet et visa du courtier conseil  SERVICE NOUVELLES ADHÉSIONS Tél. 04 93 81 88 10 www.santiane.fr/service-client SANTIANE.FR – SAS AU CAPITAL DE 2 000 000 € – SIÈGE SOCIAL : 455 PROMENADE DES ANGLAIS - IMM. NICE PLAZA, 5E – 06200 NICE – RCS : 489649897 – N° ORIAS : 07 006 282 – WWW.ORIAS.FR	Signature de l'adhérent principal assuré au titre d'une ou de plusieurs garanties prévoyance	Signature du conjoint assuré au titre d'une ou de plusieurs garanties prévoyance
---	---	---