# DEMANDE D'ADHÉSION Solutions Santé

Les informations recueillies sur ce formulaire sont toutes nécessaires à l'adhésion et l'exécution du Contrat. Le responsable du traitement est NOVALIS Prévoyance - 45777 Saran Cedex. **Toutes les réponses sont nécessaires au traitement de la demande.**

**NOVALIS Prévoyance**
**Institution de prévoyance**
**régie par le Code de la Sécurité sociale**

## EXEMPLAIRE À RETOURNER

à NOVALIS TAITBOUT au moyen de l'enveloppe T ci-jointe, accompagné d'un RIB ou RICE pour le versement des prestations et d'une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale.

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille ..... Date de naissance |_|_|_|_|_|_|

Adresse .....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville ..... Tél |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ PACS ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

**Je bénéficie du :** ☐ Régime général de la Sécurité sociale ☐ Régime local Alsace-Moselle

**Je souhaite adhérer à Solutions Santé à compter du** (au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le mois de la demande) |_|_|_|_|_|_|

**Je choisis la garantie :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
qui comporte une garantie Assistance souscrite auprès d'Inter Partner Assistance,

**Pour moi-même et :**

☐ **mon conjoint** (ou partenaire lié par un PACS ou concubin)

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille .....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **mes enfants à charge**

| Nom | Prénom | Date de naissance | N° Sécurité sociale |
|---|---|---|---|
| ..... | ..... | |_|_|_|_|_|_| | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| |
| ..... | ..... | |_|_|_|_|_|_| | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| |
| ..... | ..... | |_|_|_|_|_|_| | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| |

Les prestations sont à verser sur le compte dont je joins le relevé d'identité bancaire ou de Caisse d'Épargne. Le prélèvement des cotisations sur ce compte est à effectuer selon une échéance mensuelle, sauf avis contraire de ma part.

☐ Je demande à ce que l'exécution du contrat commence à la date d'effet fixée au certificat d'adhésion et non à l'issue du délai de rétractation de 14 jours mentionné à l'article 12 des Dispositions générales.

☐ Je demande à bénéficier de la procédure NOÉMIE (échange de données informatiques entre la Sécurité sociale et NOVALIS Prévoyance), afin de recevoir plus rapidement mes remboursements et éviter d'adresser à NOVALIS Prévoyance mes décomptes de Sécurité sociale.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Dispositions générales valant notice d'information du contrat Solutions Santé. J'autorise votre organisme à communiquer les informations me concernant à son assureur, son réassureur et aux organismes professionnels habilités. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant qui s'exerce auprès de NOVALIS Prévoyance - 45777 Saran Cedex. J'ai bien noté que NOVALIS Prévoyance devra répercuter la demande de rectification auprès des différents destinataires des données.

Si je ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale, je peux exprimer mon refus en cochant cette case ☐

Date et signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

La garantie Solutions Santé est gérée et diffusée par NOVALIS Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - 7 rue de Magdebourg - 75116 Paris et assurée par ETIKA - SA au capital de 8 750 010 €, RCS Paris B 447 883 661, entreprise régie par le Code des assurances - 7 rue de Magdebourg - 75116 Paris. La garantie d'assistance est assurée par Inter Partner Assistance succursale pour la France : Le Carat - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon - N° TVA intracommunautaire : FR 42 316 139 500. Siège social : Avenue Louise, 166 - 1050 Bruxelles (Belgique) - S.A. de droit belge au capital de 8 396 373 €.

Incontournables

Réf. 4244/1 - 12/2011

# DEMANDE D'ADHÉSION Solutions Santé

Les informations recueillies sur ce formulaire sont toutes nécessaires à l'adhésion et l'exécution du Contrat. Le responsable du traitement est NOVALIS Prévoyance - 45777 Saran Cedex. **Toutes les réponses sont nécessaires au traitement de la demande.**

**NOVALIS Prévoyance**
**Institution de prévoyance**
**régie par le Code de la Sécurité sociale**

## EXEMPLAIRE À CONSERVER

à NOVALIS TAITBOUT au moyen de l'enveloppe T ci-jointe, accompagné d'un RIB ou RICE pour le versement des prestations et d'une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale.

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille ..... Date de naissance

Adresse .....

Code postal Ville ..... Tél

N° Sécurité sociale ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ PACS ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

**Je bénéficie du :** ☐ Régime général de la Sécurité sociale ☐ Régime local Alsace-Moselle

**Je souhaite adhérer à Solutions Santé à compter du** (au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le mois de la demande)

**Je choisis la garantie :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
qui comporte une garantie Assistance souscrite auprès d'Inter Partner Assistance,

**Pour moi-même et :**

☐ **mon conjoint** (ou partenaire lié par un PACS ou concubin)

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille .....

Date de naissance N° Sécurité sociale

☐ **mes enfants à charge**

| Nom | Prénom | Date de naissance | N° Sécurité sociale |
|---|---|---|---|
| ..... | ..... | | |
| ..... | ..... | | |
| ..... | ..... | | |

Les prestations sont à verser sur le compte dont je joins le relevé d'identité bancaire ou de Caisse d'Épargne. Le prélèvement des cotisations sur ce compte est à effectuer selon une échéance mensuelle, sauf avis contraire de ma part.

☐ Je demande à ce que l'exécution du contrat commence à la date d'effet fixée au certificat d'adhésion et non à l'issue du délai de rétractation de 14 jours mentionné à l'article 12 des Dispositions générales.

☐ Je demande à bénéficier de la procédure NOÉMIE (échange de données informatiques entre la Sécurité sociale et NOVALIS Prévoyance), afin de recevoir plus rapidement mes remboursements et éviter d'adresser à NOVALIS Prévoyance mes décomptes de Sécurité sociale.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Dispositions générales valant notice d'information du contrat Solutions Santé. J'autorise votre organisme à communiquer les informations me concernant à son assureur, son réassureur et aux organismes professionnels habilités. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant qui s'exerce auprès de NOVALIS Prévoyance - 45777 Saran Cedex. J'ai bien noté que NOVALIS Prévoyance devra répercuter la demande de rectification auprès des différents destinataires des données.

Si je ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale, je peux exprimer mon refus en cochant cette case ☐

Date et signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

La garantie Solutions Santé est gérée et diffusée par NOVALIS Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - 7 rue de Magdebourg - 75116 Paris et assurée par ETIKA - SA au capital de 8 750 010 €, RCS Paris B 447 883 661, entreprise régie par le Code des assurances - 7 rue de Magdebourg - 75116 Paris. La garantie d'assistance est assurée par Inter Partner Assistance succursale pour la France : Le Carat - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon - N° TVA intracommunautaire : FR 42 316 139 500. Siège social : Avenue Louise, 166 - 1050 Bruxelles (Belgique) - S.A. de droit belge au capital de 8 396 373 €.

Incontournables

Réf. 4244/1 - 12/2011

# Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte, à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier.

| N° NATIONAL D'EMETTEUR |
| --- |
| 427003 |

**Nom, prénom et adresse du titulaire**

Nom .....
Prénom .....
N° et rue .....
Code postal | | | | | | Ville .....

**Nom et adresse du créancier**

NOVALIS Prévoyance
303, rue Gabriel Debacq - 45770 Saran

**Compte à débiter**

| Codes Etablissement | Guichet | N° du compte | Clé R.I.B. |
| --- | --- | --- | --- |
| | | | |

**Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter**

Nom .....
N° et rue .....
.....
Code postal | | | | | | Ville .....

Date | | | | | | | |

**Signature**

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E.)

Réf. 12 - 11/2011