Demande de **certificat de versement des cotisations frais de santé et dépendance**

(réservé aux membres participants **travailleurs non salariés adhérents à l'ANPPI** - Association Nationale de Prévoyance des Professionnels Indépendants)

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U23

U_FORM_U23_1307_MAJ1612

Unéo - Service Adhésions, cotisations et prévoyance - 48, rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex - Tél. : 0 970 809 709 (appel non surtaxé) - **groupe-uneo.fr**

- **Merci d'écrire en lettres capitales ou de cocher vos choix sans déborder des cases**
- **Les dates sont à inscrire au format JJMMAAAA (par exemple : 15 août 1989 ▶ 15081989)**

Votre numéro d'adhérent ▶

Votre identité (Joindre à votre envoi une copie de votre attestation de carte Vitale)

Mme M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Numéro de Sécurité sociale Clé Né(e) le

Célibataire Concubin(e) Pacsé(e) Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) depuis le

Vos coordonnées personnelles

(1) Nom figurant sur votre acte de naissance

Adresse

Code postal Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

E-mail(*)

(*) En indiquant mon e-mail, j'accepte l'usage de ma messagerie électronique pour la transmission des informations relatives à l'exécution de mon contrat mutualiste.

Votre situation professionnelle

Artisan Commerçant Profession libérale Dirigeant de société

Personnes concernées par la délivrance du certificat :

Dans le cadre de la loi Initiative et entreprise individuelle n°94-126 (loi Madelin) du 11 février 1994 permettant de déduire les cotisations versées pour les garanties frais de santé et dépendance du revenu professionnel, je demande à la mutuelle Unéo, la délivrance d'un certificat relatif au paiement de mes cotisations santé et dépendance concernant l'année écoulée ainsi que pour celle des ayants droit de mon régime obligatoire d'assurance maladie.

Mme M. Nom

Prénom

Nom de famille(1) Né(e) le

Mme M. Nom

Prénom

Nom de famille(1) Né(e) le

Mme M. Nom

Prénom

Nom de famille(1) Né(e) le

Mme M. Nom

Prénom

Nom de famille(1) Né(e) le

Mme M. Nom

Prénom

Nom de famille(1) Né(e) le

Je déclare sur l'honneur être à jour des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie.
Je reconnais avoir été informé qu'à défaut je ne pourrai pas bénéficier du dispositif de déduction fiscale prévue par la loi.

(1) Nom figurant sur l'acte de naissance

U23
U_FORM_U23_1307_MAJ1612

Signature

☐ Je certifie l'exactitude des éléments déclaratifs mentionnés au recto.

Le ☐☐☐☐☐☐☐☐ Fait à ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, pouvant s'exercer auprès du correspondant informatique et libertés de la mutuelle Unéo. Les données collectées font l'objet d'un traitement informatique pour permettre à Unéo et à ses partenaires de gérer votre contrat. Elles sont indispensables à cet effet et pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information sur l'offre Unéo, veuillez cocher la case ci-contre.

Ces données pourront être cédées aux partenaires de la mutuelle à des fins de prospection. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre.

☐ Signature de l'adhérent(e) (obligatoire) précédée de la mention « Lu et approuvé »

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 503 380 081 - 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex. **ANPPI,** association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé au 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon Cedex. **Mutex**, assureur des garanties dépendance et décès, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 € - RCS Nanterre 529 219 040 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex.