Demande de **rattachement**

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U02

U_FORM_U02_1304_MAJ1807

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

- **LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT SONT INDIQUÉES AU DOS**
- **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

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Numéro de Sécurité sociale Clé

Demande de rattachement de votre conjoint(e) / partenaire / concubin(e) (voir pièces à joindre au verso)

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Né(e) le Numéro de Sécurité sociale Clé

Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Depuis le

Date d'effet souhaitée le(2)

Garanties Maintien d'autonomie/dépendance et décès (Arméo), obligatoire

Déclaration sur l'honneur au titre de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance

Ces informations doivent impérativement être renseignées par votre conjoint(e)/partenaire/concubin(e) :

☐ Je déclare sur l'honneur au titre de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance être dans une des situations suivantes : être âgé de moins de 65 ans, en invalidité 2ème ou 3ème catégorie et/ou GIR1 ou 2 et/ou bénéficiaire de l'APA et/ou avoir une demande d'APA en cours avant la date d'effet de cette garantie (voir définitions au verso). À ce titre, je reconnais avoir été informé ne pas pouvoir bénéficier de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance. Je ne serai donc pas prélevé de la part de la cotisation correspondante.

☐ J'ai 65 ans ou plus et déclare sur l'honneur au titre de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance pouvoir effectuer de manière spontanée les 4 actes de la vie quotidienne suivants : se laver, se déplacer, s'alimenter, s'habiller, sans l'aide d'une tierce personne, et ne pas être Invalide 2ème ou 3ème catégorie et/ou GIR1 ou 2 et/ou bénéficiaire de l'APA et/ou avoir une demande d'APA en cours (voir définitions au verso). Je bénéficie à ce titre de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance et de la garantie Décès et m'acquitte de la cotisation correspondante.

Désignation de bénéficiaire(s) au titre de la garantie Décès

☐ Désignation standard (clause type, voir au verso)

☐ Désignation particulière renseigner le formulaire **« Désignation de bénéficiaire(s) U05 »**

Le

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de votre part est une cause de nullité du contrat au titre duquel est prévue la garantie Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès. En conséquence, les cotisations dont vous vous serez acquitté resteront acquises à l'assureur et vous perdrez la garantie au titre des risques couverts.

Conformément à l'article L.132-3 du Code des assurances, il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

Signature du conjoint(e)/concubin(e)/partenaire (obligatoire)

Demande de rattachement de votre enfant de moins de 30 ans (voir pièces à joindre au verso)

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Né(e) le Numéro de Sécurité sociale Clé

Handicap ☐ Tutelle ☐ Date d'effet souhaitée le(2)

Demande de rattachement de votre enfant de moins de 30 ans (voir pièces à joindre au verso)

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Né(e) le Numéro de Sécurité sociale Clé

Handicap ☐ Tutelle ☐ Date d'effet souhaitée le(2)

(1) Nom figurant sur l'acte de naissance. (2) À défaut d'indication, l'adhésion prendra effet à la date de signature du présent formulaire. La date d'effet de l'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire.

U02

U_FORM_U02_1304_MAJ1807

Demande de rattachement de votre enfant de moins de 30 ans (voir pièces à joindre au verso)

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Né(e) le Numéro de Sécurité sociale Clé

Handicap ☐ Tutelle ☐ Date d'effet souhaitée le(2)

En cas de demande de rattachement d'enfant(s) supplémentaire(s), utiliser un deuxième formulaire « U02 »

Autre demande de rattachement (voir pièces à joindre ci-dessous)

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Né(e) le N° de Sécurité sociale Clé

Handicap ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ Autre :

Date d'effet souhaitée le(2)

Signature

☐ Je certifie l'exactitude des éléments déclaratifs mentionnés ci-dessus et avoir pris connaissance des modifications de la cotisation et de mon contrat mutualiste qui en résultent. La date d'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire. À défaut d'indication, conformément aux termes du Réglement mutualiste, l'adhésion prendra effet à la date de signature du bulletin d'adhésion.

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, de rectification et d'opposition 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 de capitaux et le financement du terrorisme. **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 »

(1) Nom figurant sur l'acte de naissance. (2) À défaut d'indication, l'adhésion prendra effet à la date de signature du présent formulaire. La date d'effet de l'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire.

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 - **Mutex**, assureur des garanties dépendance et décès, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 € - Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre n° : 529 219 040 - 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex - Son organisme de contrôle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) dont le siège se situe 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9.
REF.2018-0017-3

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À VOTRE DEMANDE DE RATTACHEMENT :

DANS TOUS LES CAS :
- copie de la **pièce d'identité de chaque personne à rattacher en cours de validité,**
- copie de **l'attestation de carte Vitale** sur laquelle apparaissent le ou les bénéficiaires dont vous demandez le rattachement.

VOTRE DEMANDE CONCERNE :
- **le rattachement de votre conjoint :** copie du livret de famille ou de l'acte de mariage.
- **le rattachement de votre partenaire** : copie de l'attestation du PACS délivrée par l'officier d'état civil compétent, le notaire ou le consulat, ou copie de l'acte de naissance comportant la mention marginale de la conclusion du PACS.
- **le rattachement de votre concubin** : attestation de vie commune sur papier libre signée par les deux membres du couple.
- **le rattachement d'enfant(s)** : copie de l'extrait d'acte de naissance ou du livret de famille.
- **le rattachement d'un enfant handicapé** : copie de sa carte d'invalidité ou décision de la CDAPH vous attribuant l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, la loi autorise le versement des prestations sur un compte personnel. Si vous souhaitez que le remboursement des soins du ou des bénéficiaires de plus de 16 ans, dont vous demandez le rattachement, s'effectue sur un compte différent du vôtre, joindre le Relevé d'Identité Bancaire correspondant.

QUE SIGNIFIE INVALIDITÉ DE 2EME OU 3EME CATÉGORIE ?

Conformément à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale, est considérée comme :
- **invalide de 2eme catégorie :** la personne absolument incapable d'exercer une activité quelconque,
- **invalide de 3eme catégorie :** la personne qui, étant absolument incapable d'exercer une profession, est, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Les personnes en invalidité de 2eme ou 3eme catégorie, à la date d'adhésion, ne peuvent bénéficier de la garantie Maintien d'autonomie/Dépendance.

QUE SIGNIFIE GIR 1 OU 2 ?

L'évaluation de la dépendance est établie par l'assureur à partir de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) en vigueur, visée à l'article R232-3 du Code de l'action sociale et des familles. Elle permet de classer le niveau de dépendance en plusieurs groupes GIR.

Le GIR 1 comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 est composé essentiellement de deux sous groupes :
- d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;
- d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

Les personnes en GIR 1 ou 2 ne peuvent bénéficier de la garantie Maintien d'autonomie/Dépendance.

QU'EST-CE QUE L'APA (ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE) ?

Allocation attribuée par un conseil départemental aux personnes de plus de 60 ans en situation de dépendance.

Les personnes bénéficiant de l'APA ou en cours de demande d'APA ne peuvent bénéficier de la garantie Maintien d'autonomie/Dépendance.

QUELS SONT LES 4 ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ) À EFFECTUER SANS L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE ?
- **se déplacer :** capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés,
- **s'alimenter :** capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition,
- **se laver :** capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles,
- **s'habiller :** capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.

Les personnes âgées de 65 ans et plus qui ne sont pas en mesure de réaliser spontanément les 4 Actes de la Vie Quotidienne ne peuvent bénéficier de la garantie Maintien d'autonomie/Dépendance.

ORDRE SUCCESSORAL DE LA CLAUSE TYPE.

La clause de désignation de bénéficiaire type en cas de décès est :
- mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut mon concubin notoire ou mon partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès,
- à défaut mes enfants, nés ou à naître, par parts égales entre eux, vivants ou représentés,
- à défaut mes ascendants par parts égales entre eux,
- à défaut mes autres héritiers, par parts égales, en application des règles de dévolution successorale légales.