Changement de situation ayant-droit

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U11
U_FORM_U11_1304_MAJ1612

Unéo - Service Adhésions et cotisations - 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

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Numéro de Sécurité sociale Clé

(1) Nom figurant sur votre acte de naissance

Modification(s) de la situation de votre conjoint(e)/partenaire/concubin(e)

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(2)

Né(e) le Numéro de Sécurité sociale(3) Clé

☐ À charge depuis le

Tél. E-mail(*)

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

☐ Mon conjoint souhaite que les prestations soient versées sur son compte bancaire personnel. Il complète les champs suivants, signe l'encadré à droite (obligatoire) et joint un Relevé d'Identité Bancaire :

Nom du titulaire du compte

☐ Si RIB :

☐ Si IBAN :

Signature du conjoint (obligatoire)

Modification(s) de la situation de votre enfant

(2) Nom figurant sur l'acte de naissance

(3) En cas de changement de CPAM, joindre une copie de la nouvelle attestation de carte Vitale

☐ Mme

Prénom

Né(e) le Numéro de Sécurité sociale Clé

☐ À charge

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

☐ Mon enfant âgé de 16 ans ou plus souhaite que les prestations soient versées sur son compte bancaire personnel. Il complète les champs suivants, signe l'encadré à droite (obligatoire) et joint un Relevé d'Identité Bancaire :

Nom du titulaire du compte

☐ Si RIB :

☐ Si IBAN :

Signature de l'enfant (obligatoire)

☐ Je souhaite que mon enfant devienne membre participant et qu'il reçoive une demande d'adhésion

(4) Nom figurant sur l'acte de naissance

U11
U_FORM_U11_1304_MAJ1612

Modification(s) de la situation de votre enfant

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Né(e) le Numéro de Sécurité sociale Clé

☐ À charge depuis le Handicap à 80 % et plus depuis le (Veuillez joindre une copie de la carte d'invalidité)

Tél. E-mail(*)

☐ Mon enfant âgé de 16 ans ou plus souhaite que les prestations soient versées sur son compte bancaire personnel. Il complète les champs suivants, signe l'encadré à droite (obligatoire) et joint un Relevé d'Identité Bancaire :

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

Nom du titulaire du compte

☐ Si RIB :

☐ Si IBAN :

Signature de l'enfant (obligatoire)

☐ Je souhaite que mon enfant devienne membre participant et qu'il reçoive une demande d'adhésion

(1) Nom figurant sur l'acte de naissance

Modification(s) de la situation d'un autre ayant-droit

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(2)

Né(e) le Numéro de Sécurité sociale Clé

☐ À charge depuis le Handicap à 80 % et plus depuis le (Veuillez joindre une copie de la carte d'invalidité)

Tél. E-mail(*)

☐ Cet ayant-droit âgé de 16 ans ou plus souhaite que ses prestations soient versées sur son compte bancaire personnel. Il complète les champs suivants, signe l'encadré à droite (obligatoire) et joint un Relevé d'Identité Bancaire :

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

Nom du titulaire du compte

☐ Si RIB :

☐ Si IBAN :

Signature de l'ayant-droit (obligatoire)

(2) Nom figurant sur l'acte de naissance

En cas de modification de la situation d'enfant(s) ou d'ayants-droit supplémentaire(s), utiliser un deuxième formulaire « U11 »

Signature

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 »