

**Cas particulier : adhésion Loi Madelin pour les Travailleurs Non Salariés Non Agricoles (TNS)** Adhésion
Loi Madelin
pour les TNS

Afin de bénéficier des dispositions fiscales 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, vous demandez à adhérer au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association Nationale de Prévoyance des Professionnels Indépendants (A.N.P.P.I.) - dont le siège social se situe 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon Cedex - auprès de la mutuelle Unéo et de Mutex.

Vous :

- reconnaissez avoir été informé que l'adhésion à ce contrat entraîne l'adhésion à l'ANPPI.

- déclarez sur l'honneur être à jour du versement de vos cotisations aux régimes d'assurances obligatoires de Sécurité Sociale et en avoir produit l'attestation lors de l'adhésion, et reconnaissez avoir été informé qu'à défaut vous ne pourrez pas bénéficier du dispositif de déduction fiscale prévu par la loi.
- certifiez avoir reçu et pris connaissance des statuts de l'association.

Mois de clôture de votre exercice comptable **Votre contrat Renfort Arméo****Rente mensuelle choisie**

Le montant de la rente mensuelle peut aller de 300 € à 2000 €, par tranche de 100 €.

Si vous êtes déjà adhérent au contrat Renfort Arméo, veuillez indiquer le nouveau montant de rente souhaité. Le montant de la rente initiale viendra alors en déduction de la nouvelle rente choisie.

Montant de la rente mensuelle choisie €

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion une augmentation ou une diminution par tranche de 100 € du montant de la rente garantie. Cette modification prendra effet à l'échéance de la cotisation suivante. Si le montant de la rente est augmenté, l'adhérent devra accomplir les formalités administratives et médicales prévues à l'adhésion; la cotisation applicable à l'augmentation de la rente est déterminée en fonction de l'âge que l'adhérent a atteint au moment de la prise d'effet de la modification, sur la base du tarif en vigueur à cette date.

Option : capital aménagement domicile Je souscris à l'option « **Capital aménagement domicile** » (équivalent à 5 fois le montant de la rente mensuelle souscrite).**Paiement de votre cotisation****Mode de paiement** Chèque⁽¹⁾ Prélèvement automatique (joindre le mandat de prélèvement SEPA « **U36** » et un RIB ou IBAN)⁽²⁾**Périodicité** Mensuelle⁽³⁾ Trimestrielle Semestrielle Annuelle**Montant de la cotisation périodique** €

(1) Tous les chèques doivent être établis à l'ordre de « Mutex ». Le chèque à l'adhésion doit correspondre à la 1^{ère} cotisation périodique. (2) Formulaire téléchargeable si besoin sur le site Internet www.groupe-uneo.fr. (3) Prélèvement automatique obligatoire.

Vous trouverez les montants de cotisation dans la notice d'information. Le montant de la cotisation est fixé aux conditions particulières, ainsi que la périodicité de paiement (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). Le montant de la cotisation est calculé en fonction :

- de l'âge de l'Adhérent à la date d'effet de l'adhésion,
- du montant de la rente choisie,
- du choix éventuel de l'option « **Capital Aménagement Domicile** ».

L'âge de l'Adhérent à la date d'effet du contrat est calculé par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance, quel que soit le mois de naissance.

Information sur la faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au contrat de dépendance facultatif pendant trente jours calendaires à compter de la date d'émission figurant sur les conditions particulières. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : Mutex - Gestion grands comptes 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information.

Signature

Nota - Important : Mutex met en oeuvre un traitement de données à caractère personnel dont il est responsable, afin de gérer votre contrat. Les données collectées sont indispensables à cet effet. Vos données pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment. Par ailleurs, la gestion de votre adhésion implique la collecte de données de santé vous concernant. Si vous l'acceptez, cochez la case ci-contre. Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants et prestataires de l'assureur pour les besoins de la gestion du contrat.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et d'opposition concernant les données ainsi que d'un droit de définir des directives relatives au sort de ces données après le décès. Vous pouvez exercer vos droits par courrier, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, auprès du correspondant informatique et libertés de Mutex, situé 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex. Vos données sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales en cochant la case ci-contre.

L'intéressé certifie sincères et véritables les indications données ci-dessus. Il reconnaît expressément :

- avoir reçu un exemplaire de la notice d'information,
- avoir déclaré tous les éléments en sa connaissance permettant d'apprécier l'étendue du risque,
- que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part entraînera la résiliation de son adhésion.

Important : la demande d'adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de signature du bulletin d'adhésion, à condition que la première cotisation périodique ait bien été payée et que votre adhésion soit acceptée sur le plan médical. Si l'acceptation médicale intervient ultérieurement, les cotisations périodiques manquantes seront prélevées rétroactivement en une fois. En cas de refus médical, aucune cotisation ne sera prélevée et l'adhésion ne prendra pas effet.

Signature du **membre participant** précédée de la mention manuscrite « Je soussigné(e), atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus ». Le Fait à



Votre contrat Renfort Arméo

Rente mensuelle choisie

Le montant de la rente mensuelle peut aller de 300 € à 2 000 €, par tranche de 100 €.

Si vous êtes déjà adhérent au contrat Renfort Arméo, veuillez indiquer le nouveau montant de rente souhaité. Le montant de la rente initiale viendra alors en déduction de la nouvelle rente choisie.

Montant de la rente mensuelle choisie €

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion une augmentation ou une diminution par tranche de 100 € du montant de la rente garantie. Cette modification prendra effet à l'échéance de la cotisation suivante. Si le montant de la rente est augmenté, l'adhérent devra accomplir les formalités administratives et médicales prévues à l'adhésion; la cotisation applicable à l'augmentation de la rente est déterminée en fonction de l'âge que l'adhérent a atteint au moment de la prise d'effet de la modification, sur la base du tarif en vigueur à cette date.

Option : capital aménagement domicile Je souscris à l'option « **Capital aménagement domicile** » (équivalent à 5 fois le montant de la rente mensuelle souscrite).

Paieiment de votre cotisation

Mode de paiement Chèque⁽¹⁾ Prélèvement automatique (joindre le mandat de prélèvement SEPA « **U36** » et un RIB ou IBAN)⁽²⁾

Périodicité Mensuelle⁽³⁾ Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Montant de la cotisation périodique €

(1) Tous les chèques doivent être établis à l'ordre de « Mutex ». Le chèque à l'adhésion doit correspondre à la 1^{ère} cotisation périodique. (2) Formulaire téléchargeable si besoin sur le site Internet www.groupe-uneo.fr. (3) Prélèvement automatique obligatoire.

Vous trouverez les montants de cotisation dans la notice d'information. Le montant de la cotisation est fixé aux conditions particulières, ainsi que la périodicité de paiement (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). Le montant de la cotisation est calculé en fonction :

- de l'âge de l'Adhérent à la date d'effet de l'adhésion,
- du montant de la rente choisie,
- du choix éventuel de l'option « **Capital Aménagement Domicile** ».

L'âge de l'Adhérent à la date d'effet du contrat est calculé par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance, quel que soit le mois de naissance.

Information sur la faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au contrat de dépendance facultatif pendant trente jours calendaires à compter de la date d'émission figurant sur les conditions particulières. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : Mutex - Gestion grands comptes 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information.

Signature

Nota - Important : Mutex met en oeuvre un traitement de données à caractère personnel dont il est responsable, afin de gérer votre contrat. Les données collectées sont indispensables à cet effet. Elles pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment. Par ailleurs, la gestion de votre adhésion implique la collecte de données de santé vous concernant. Si vous l'acceptez, cochez la case ci-contre. Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants et prestataires de l'assureur pour les besoins de la gestion du contrat.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et d'opposition concernant les données ainsi que d'un droit de définir des directives relatives au sort de ces données après le décès. Vous pouvez exercer vos droits par courrier, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, auprès du correspondant informatique et libertés de Mutex, situé 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex. Vos données sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales en cochant la case ci-contre.

L'intéressé certifie sincères et véritables les indications données ci-dessus. Il reconnaît expressément :

- avoir reçu un exemplaire de la notice d'information,
- avoir déclaré tous les éléments en sa connaissance permettant d'apprécier l'étendue du risque,
- que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part entraînera la résiliation de son adhésion.

Important : la demande d'adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de signature du bulletin d'adhésion, à condition que la première cotisation périodique ait bien été payée et que votre adhésion soit acceptée sur le plan médical. Si l'acceptation médicale intervient ultérieurement, les cotisations périodiques manquantes seront prélevées rétroactivement en une fois. En cas de refus médical, aucune cotisation ne sera prélevée et l'adhésion ne prendra pas effet.

Signature du **membre participant** précédée de la mention manuscrite « Je soussigné(e), atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus ».

Le

Fait à

Signature de l'**assuré conjoint(e), partenaire de PACS ou concubin(e)**, précédée de la mention manuscrite « Je soussigné(e), atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus ».

Le

Fait à

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire



Questionnaire médical simplifié Renfort Arméo



Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U34

U_FORM_U34_1308_MAJ1807

Unéo - Service 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)

Numéro d'adhérent ►

IMPORTANT, À LIRE AVANT DE COMPLÉTER :

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR L'ASSURÉ (à joindre au bulletin d'adhésion « U33 A » ou « U33 C »).

- Nous vous remercions de remplir le questionnaire médical simplifié ci-dessous si vous avez moins de 65 ans.
- Si vous avez 65 ans ou plus ou si vous avez répondu "oui" à une ou plusieurs questions de ce questionnaire médical simplifié, vous devez remplir le **questionnaire médical complet** (formulaire « U 35 »).
- Un questionnaire est à joindre au bulletin d'adhésion (« U33 A » ou « U33 C ») pour chaque personne assurée.

Votre identité

M^{me} M. Nom

Prénoms

Nom de naissance

Né(e) le Age ans

Vos coordonnées personnelles

Adresse

Code postal Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Situation professionnelle

Profession actuelle

Profession(s) antérieure(s)

Situation de famille

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

Êtes-vous en cours de traitement médical ou avez-vous eu un traitement médical de plus de 30 jours au cours des CINQ dernières années ? Oui Non

Êtes-vous ou avez-vous été suivi(e) pour maladie ou accident durant les CINQ dernières années ? Oui Non

Êtes-vous atteint(e) d'un handicap rhumatologique, ou d'une affection neurologique ou psychiatrique ? Oui Non

Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (ALD 100 %) ou une demande est-elle en cours ? Oui Non

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ou d'incapacité pour maladie ou accident ? Oui Non

Bénéficiez-vous d'une aide ménagère pour raison médicale ? Oui Non

Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e), subir des examens médicaux ou une intervention chirurgicale ? Oui Non

Si vous avez répondu « OUI » à l'une de ces questions, vous devez compléter le questionnaire médical complet « U35 ».

Signature

Conformément à la loi Informatique et Libertés, nous vous informons que la réponse à ces questions est obligatoire pour la souscription des garanties. Elles sont destinées à Mutex, en tant que responsable du traitement. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, auprès de la Direction des Projets de Mut ex, située 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex. Dans l'hypothèse où vous répondez « OUI » à l'une des questions posées ci-dessus, le présent document est destiné au Service Médical, sous l'autorité du Médecin Conseil de Mutex, en tant que responsable du traitement des dossiers pour la gestion des garanties. Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants et prestataires de l'assureur pour les besoins de la gestion du contrat. Le droit d'accès et de rectification dont vous disposez s'exerce auprès du Médecin Conseil.

Je donne mon accord au traitement des informations de santé me concernant dans les conditions indiquées dans le présent document. Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire que j'ai relues. J'ai été informé(e) qu'en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part de nature à entraîner le paiement de prestations indues, Mutex procédera de plein droit à la résiliation de l'adhésion et à l'annulation pure et simple de mes droits à prestations.

Le

Fait à

Signature de l'assuré(e)
précédée de la mention « lu et approuvé »

14. Avez-vous ou avez-vous eu une des maladies suivantes ? Oui Non

Maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques (SEP), maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral (AVC), hémorragie cérébrale.

15. Maladie des yeux

1. Consultez-vous un ophtalmologue ? Oui Non Si OUI, précisez la fréquence

2. Portez-vous une correction pour voir de près ? Oui Non La correction est-elle efficace ? Oui Non
pour voir de loin ? Oui Non La correction est-elle efficace ? Oui Non

3. Êtes-vous suivi(e) pour une pathologie oculaire autre que cataracte, myopie, presbytie, astigmatisme, hypermétropie ? Oui Non

Si OUI, précisez la pathologie le traitement

Précisez si cette pathologie concerne un œil les deux yeux

? Joindre la photocopie du dernier bilan ophtalmologique

Conformément à la loi Informatique et Libertés, nous vous informons que la réponse à ces questions est obligatoire pour la souscription des garanties. Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants et prestataires de l'assureur pour les besoins de la gestion du contrat. Elles sont destinées au Service Médical, sous l'autorité du Médecin Conseil de l'organisme ayant recueilli votre adhésion ou de MUTEX, en tant que responsable de traitement des dossiers pour la gestion des garanties. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, auprès du correspondant informatique et libertés de Mutex, situé 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex.

RAPPEL IMPORTANT

Ce questionnaire doit être entièrement complété par l'assuré(e) et accompagné des documents demandés. Tout questionnaire comportant des questions sans réponse sera renvoyé à l'intéressé(e) pour être complété. Les antécédents demandés dans ce questionnaire ne sont pas limités dans le temps.

Signature

Je donne mon accord au traitement des informations de santé me concernant dans les conditions indiquées dans le présent document. J'ai été informé(e) qu'en cas de réticence ou fausse déclaration de ma part de nature à entraîner le paiement de prestations indues, MUTEX procédera de plein droit à la résiliation de l'adhésion et à l'annulation pure et simple de mes droits à prestations.

Fait à Le

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention manuscrite

"Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire que j'ai rempli de ma main".

Réservé au médecin conseil



Questionnaire médical complet Renfort Arméo



U35

U_FORM_U35_1308_MAJ1807

Unéo - Service 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)

Numéro d'adhérent ►

IMPORTANT, À LIRE AVANT DE COMPLÉTER

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR L'ASSURÉ et à joindre au formulaire d'adhésion « U33 A » ou « U33 C » sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de MUTEX).

- Nous vous remercions de remplir le questionnaire médical complet ci-dessous :
 - si vous avez 65 ans ou plus,
 - si vous avez moins de 65 ans et avez répondu "oui" à une ou plusieurs questions du questionnaire médical simplifié « U34 ».
- Un questionnaire est à joindre au bulletin d'adhésion (« U33 A » ou « U33 C ») pour chaque personne assurée.

Votre identité

M^{me} M. Nom

Prénoms

Nom de naissance

Né(e) le Âge ans Lieu de naissance Dépt.

Vos coordonnées personnelles

Adresse

Code postal Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Situation professionnelle

Profession actuelle Salarié(e) Oui Non

Profession(s) antérieure(s) Sans profession Oui Non

Situation de famille

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

LISEZ ATTENTIVEMENT LE TEXTE CI-APRÈS :

MUTEX fonde ses engagements sur la bonne foi des déclarations ci-après, présumées exactes et sincères. Toute fausse déclaration, de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

Votre contrat Renfort Arméo

Vous avez demandé une rente mensuelle de Euros.

Conditions de vie

1. Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ou d'incapacité pour maladie ou accident ? Oui Non

Pour quel motif

2. Précisez si vous habitez Seul(e) En famille En maison de retraite médicalisée

3. Pouvez-vous faire vos courses seul(e) ? Oui Non

4. Pouvez-vous sortir seul(e) ? Oui Non

5. Conduisez-vous régulièrement ? Oui Non

6. Avez-vous une aide ménagère pour raison médicale ? Oui Non

Si OUI, depuis quelle date ? Pour quel motif ?

7. Quels sont vos loisirs ?

IMPORTANT : NOUS VOUS REMERCIONS DE RÉPONDRE À CHAQUE QUESTION ET DE DONNER CLAIREMENT TOUTES LES PRÉCISIONS UTILES.
Les blancs et les tirets ne constituent pas une réponse. Répondez par OUI ou par NON dans chaque case.

1. Indiquez si vous avez :

1. Une infirmité, des séquelles d'accident, un handicap ? Oui Non

2. Une maladie régulièrement suivie ? Oui Non

Laquelle, depuis quand ?

3. Un essoufflement au moindre effort ? Oui Non

4. Des difficultés pour :

Donnez des précisions

• marcher Oui Non

• monter ou descendre des escaliers Oui Non

• porter des objets Oui Non

• écrire Oui Non

• faire votre toilette Oui Non

• vous chausser Oui Non

• mettre des bas ou des chaussettes Oui Non

2. Veuillez indiquer :

Votre taille (en cm) Votre poids (en kg)

3. Prenez-vous un traitement médical ? Oui Non

Si OUI, précisez :

? **Joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie de la ou des dernières ordonnances.**

4. Combien de fois par an consultez-vous ?

Le généraliste Le rhumatologue Le psychiatre

Le neurologue Un autre spécialiste, précisez :

5. Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (100 %), ou une demande est-elle en cours ?

Oui Non Si OUI, affection prise en charge

? **Joindre la photocopie de la notification.**

6. Au cours des 10 dernières années :

1. Avez-vous été hospitalisé(e) ? Oui Non

2. Avez-vous été opéré(e) ? Oui Non

3. Parmi les examens suivants, indiquez ceux que vous avez effectués :

Echo-doppler artériel des jambes Radiographies

Echo-doppler artériel du cou Scanner

Electroencéphalogramme IRM

D'autres examens médicaux Précisez

? **Joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie des comptes rendus d'hospitalisation, des examens.**

7. Dans les 12 prochains mois :

1. Devez-vous être hospitalisé(e) ? Oui Non

2. Devez-vous être opéré(e) ? Oui Non

3. Devez-vous effectuer certains des examens médicaux suivants : IRM, scanner, fond d'œil, doppler artériel des jambes ou du cou, électroencéphalogramme ? Oui Non

Si OUI, précisez lequel, pour quel motif et à quelle date :

Pour quel motif, et à quelle date ?

8. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été suivi(e) pour une affection cancéreuse ? Oui Non

Si OUI, donnez les précisions suivantes :

1. Localisation

2. Date de diagnostic

3. Date de fin du traitement (chimiothérapie, radiothérapie)

4. Y a-t-il eu une rechute ? Oui Non Date

9. Êtes-vous suivi(e) pour une des affections suivantes ?

Donnez des précisions et indiquez le traitement

1. Hypertension artérielle ? Oui Non

2. Troubles cardio-vasculaires ? Oui Non

3. Artérite des membres inférieurs ? Oui Non

4. Atteinte des vaisseaux du cou ? Oui Non

5. Troubles respiratoires ? Oui Non

6. Autre pathologie ? Oui Non

10. Avez-vous une maladie des os et des articulations ? Oui Non

Si OUI, précisez si cela concerne :

1. De l'arthrose ? Oui Non Localisation

2. Une prothèse ? Oui Non Localisation

3. Une polyarthrite rhumatoïde ? Oui Non Date de début

4. Une autre maladie rhumatismale Oui Non Laquelle

Date de début

5. Avez-vous une atteinte des mains ou des pieds ? Oui Non Précisez

11. Depuis 10 ans, avez-vous, ou avez-vous eu, des troubles psychiques ? Oui Non

Si OUI, avez-vous été :

1. Suivi(e) par un psychiatre ? Oui Non Précisez

2. Hospitalisé(e) en psychiatrie ? Oui Non Précisez

3. Suivi(e) pour une dépression nerveuse ? Oui Non Date de début

12. Êtes-vous suivi(e) pour un diabète ? Oui Non

Si OUI, joindre les documents suivants :

- Dernière ordonnance concernant le diabète
- Dernier bilan ophtalmologique avec résultat du fond d'œil
- Dernière prise de sang avec dosage de l'HbA1c

13. Depuis 10 ans, avez-vous présenté une des affections suivantes ?

Laquelle ? Quand ? Donnez des précisions

1. Épilepsie, vertiges, perte de connaissance, tremblements Oui Non

2. Troubles de la parole, troubles de l'écriture Oui Non

3. Troubles de la mémoire Oui Non

4. Accident ischémique transitoire (AIT), paralysie Oui Non

5. Maladie des muscles, myopathie, troubles de la marche Oui Non

6. Toute autre maladie neurologique Oui Non



Mandat de prélèvement SEPA



Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U36

U_FORM_U36_1309_MAJ1807

Unéo - Service 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)
- N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Votre numéro d'adhérent
(si connu) ►

Référence Unique du Mandat (Zone réservée à Mutex)

À remplir et à retourner à Unéo

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mutex à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Mutex.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les instructions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Identité du titulaire du contrat

M^{me} M. Nom

Prénoms

Nom de naissance

Date de naissance

Garantie souscrite

Identité du tiers débiteur si différent du titulaire du contrat

M^{me} M. Nom

Nom de naissance

Prénoms

Date de naissance

Adresse du débiteur

Adresse

Code postal Ville

Type de paiement : **récurrent**

Coordonnées du compte bancaire débiteur (ces données figurent dans votre carnet de chèques ou sur votre relevé de compte)

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number) :

Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code) :

Coordonnées du créancier : MUTEX - 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon Cedex - Identifiant créancier SEPA : FR48ZZZ603650

N'oubliez pas de signer le mandat et de joindre un relevé d'identité bancaire

Signature

Le Fait à

Les informations du présent mandat vous concernant sont destinées à votre mutuelle ainsi qu'à Mutex. Ces informations sont recueillies afin de n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, auprès du correspondant informatique et libérés de Mutex, situé 125 avenue de paris - 92327 Châtillon Cedex.

Signature (obligatoire)