



Demande d'adhésion et de modification à une garantie Unéo-Ciblage

Prévoyance-Personnelle

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

UC01PC

U_FORM_UC01PC_REF.2018-0023-2



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

Etes-vous déjà adhérent Unéo ? Oui Non (remplir la fiche d'identification)

Numéro d'adhérent Unéo du membre participant

Demande d'adhésion Demande de modification J'accepte qu'Unéo reprenne les informations me concernant et connues à la date de signature du présent formulaire.

Pour chaque personne à assurer (membre participant, conjoint, partenaire, concubin, enfant(s) majeur d'un membre participant) une demande d'adhésion et les formalités d'adhésion associées devront être remplies.

Conditions d'adhésion

> En tant que membre participant

- Vous êtes ancien militaire ;
- Vous êtes civil de la défense ou civil de la gendarmerie ;
- Vous êtes conjoint séparé, divorcé et radié ou conjoint ou partenaire ou concubin ayant droit radié d'un membre participant ;
- Vous êtes veuf(ve) ou partenaire ou concubin(e) survivant(e) d'un membre participant décédé.

> En tant qu'ayant droit d'un membre participant Unéo

- Vous êtes conjoint, partenaire ou concubin d'un membre participant ;
- Vous êtes enfant majeur d'un membre participant.

Formalités d'adhésion :

- Complétez, datez et signez cette demande d'adhésion. Pour les conjoints, partenaire, concubin ou enfant majeur d'un membre participant la demande d'adhésion doit être signée conjointement avec le membre participant ;
- Remplissez le Formulaire Médical Confidentiel U01QM suivant les instructions détaillées dessus ;
- Envoyez votre demande d'adhésion UC01PC et le Formulaire Médical Confidentiel U01QM dans l'enveloppe fermée ainsi que les pièces justificatives décrites au verso de la demande d'adhésion à : Unéo – Service Adhésions – 48, rue Barbès – 92544 Montrouge Cedex.

Vous êtes

Nom

Prénom Né(e) le / /

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ancien militaire | <input type="checkbox"/> Civil de la défense ou civil de la gendarmerie |
| <input type="checkbox"/> Conjoint, partenaire ou concubin d'un membre participant | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) ou partenaire ou concubin(e) survivant(e) d'un membre participant décédé |
| <input type="checkbox"/> Conjoint séparé, divorcé et radié d'un membre participant | <input type="checkbox"/> Enfant majeur d'un membre participant |
| <input type="checkbox"/> Conjoint ou partenaire ou concubin ayant droit radié d'un membre participant | |

Choisissez l'une des deux garanties (Socle ou Accident) et la formule (1, 2, 3 ou 4). Le détail des garanties est précisé dans le Règlement Mutualiste « Unéo – Ciblage ».

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
GARANTIE SOCLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GARANTIE ACCIDENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle que soit la garantie choisie, vous bénéficiez de prestations d'assistance en inclusion (contrat souscrit auprès d'IMA Assurances). Le détail des prestations d'assistance est précisé dans la notice d'information s'y rapportant.

Date d'effet souhaitée⁽¹⁾ / /

(1) A défaut d'indication, la date d'effet souhaitée sera 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. En cas de formalités médicales à l'adhésion spécifique prévus dans le règlement mutualiste «Unéo-Ciblage», la date d'effet pourra être postérieure à la date indiquée sur le présent formulaire.

Désignation de bénéficiaires

- désignation standard à défaut de désignation particulière ou en cas de pré-décès de l'ensemble des bénéficiaires désignés :
- mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, 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, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
 - 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.
- désignation particulière de bénéficiaire(s) : renseigner le formulaire « désignation de bénéficiaire(s) n° UC05 »



Païement des cotisations

Veillez choisir votre périodicité de paiement (terme à échoir) par **prélèvement automatique** sur le compte bancaire du membre participant (à la date du 5 du mois de référence). Il est indispensable de remplir le formulaire « U03 - Mandat de prélèvement SEPA » ci-joint, accompagné d'un relevé d'identité bancaire.

Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

En tout état de cause, la prise d'effet de l'adhésion est subordonnée au paiement de la première cotisation. Le montant des cotisations correspondant figure dans le Règlement mutualiste «Unéo-Ciblage».

Délai de renonciation

Je suis informé(e) que je peux renoncer à la présente adhésion pendant trente jours calendaires à compter du jour où j'ai été informé(e) que mon adhésion a pris effet. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à Unéo suivant le modèle de lettre inclus dans le Règlement Mutualiste « Unéo-Ciblage ».

Signature

Je certifie l'exactitude des éléments mentionnés et déclare avoir reçu et avoir pris connaissance des Statuts de la mutuelle Unéo et du Règlement Mutualiste Unéo-Ciblage. Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Dans ce cadre et conformément aux dispositions de l'article 9 des statuts, la Mutuelle peut prononcer l'exclusion du membre participant.

Nom _____ Nom _____
Prénom _____ Prénom _____
Le ____ / ____ / _____ Le ____ / ____ / _____
Fait à _____ 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 pour les 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 la personne à assurer (obligatoire) précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du membre participant (obligatoire lors de l'adhésion du conjoint, partenaire, concubin ou enfant majeur d'un membre participant) précédée de la mention « lu et approuvé »

Récapitulatif des pièces à fournir par la personne à assurer

	Prévoyance-Personnelle
Copie d'une pièce d'identité en cours de validité	X
Formulaire médical confidentiel « U01QM »	X
Mandat de prélèvement SEPA « U03 » à renseigner par le membre participant	X
RIB	X
Fiche d'identification (si première adhésion) « U01Fi »	X
Désignation de bénéficiaire(s) « UC05 » en cas de désignation particulière	X



Conditions d'utilisation du mandat de prélèvement SEPA

- Le montant des prélèvements comprend les cotisations afférentes aux garanties relatives aux contrats souscrits auprès d'Unéo, et celles afférentes aux contrats collectifs à adhésion obligatoire ou facultative souscrits auprès de ses partenaires, dans les conditions figurant dans les notices ou règlements mutualistes correspondants.
- La cotisation relative à votre (vos) mutuelle(s) d'accompagnement : Caisse Nationale du Gendarme - Mutuelle de la Gendarmerie (CNG-MG), Mutuelle de l'Armée de l'Air (MAA) et Mutuelle Nationale Militaire (MNM) est prélevée semestriellement.
- Il est convenu, entre Unéo et l'adhérent, que l'échéancier, adressé à chaque fin d'année précisant la cotisation annuelle à venir, est considéré comme information du montant et de la date d'échéance des prélèvements futurs.
Aussi, toute adhésion en cours d'année à la mutuelle ou toute modification des informations relatives aux caractéristiques du mandat de prélèvement et figurant sur l'échéancier transmis à l'adhérent, fera l'objet d'une information dans un délai minimal de 2 jours ouvrés avant la date d'échéance du premier prélèvement, appliquant les nouvelles modalités de règlement.
- L'adhérent devra adresser à la mutuelle Unéo - Service santé, prévoyance et cotisations - 48, rue Barbès 92544 Montrouge Cedex, tout justificatif de nature à modifier l'exécution du mandat notamment le montant des cotisations, et toutes modifications apportées aux données inscrites sur le mandat.
- La révocation du mandat par l'adhérent devra aussi être adressée par écrit à la mutuelle Unéo - Service santé, prévoyance et cotisations - 48, rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex, et à sa propre banque.
- Toute demande de prélèvement sur un nouveau compte bancaire entraîne la signature d'un nouveau mandat de prélèvement SEPA.
De même, toute nouvelle demande de prélèvement suite à la révocation ou la caducité du présent mandat entraîne la signature d'un nouveau mandat de prélèvement SEPA.
Chaque signature d'un nouveau mandat de prélèvement devra être accompagnée d'un relevé d'identité bancaire comportant les codes IBAN et BIC.
- Toute contestation ou arrêt d'un prélèvement n'annule pas le montant de la créance due par l'adhérent.



Formulaire Médical Confidentiel

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

U01QM

U_FORM_U01QM_REF.2018-0016-6



Unéo - À l'attention exclusive de la Cellule Médicale - 48, rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex - Tél. : 0 970 809 709 (appel non surtaxé) - groupe-uneo.fr

Formulaire Médical Confidentiel à compléter et signer de la main de la personne à assurer (signature obligatoire au verso).

- Merci d'écrire en lettres capitales
- Les dates sont à inscrire au format JJ/MM/AAAA (par exemple : 15 août 1989 ► 15/08/1989)

Votre numéro d'adhérent ►

(si vous le connaissez)

Votre identité

Mme M. Nom _____

Nom de naissance _____

Prénom _____ Né(e) le ____ / ____ / _____

Téléphone fixe ou portable⁽¹⁾ _____ Email⁽¹⁾ _____

(1) J'accepte l'usage de mon numéro de téléphone et de ma messagerie électronique pour la transmission des informations relatives à l'exécution de mon contrat mutualiste.

Vos garanties prévoyance

Ce formulaire médical est à renseigner en complément d'une demande d'adhésion aux garanties suivantes :

- Unéo-Engagement Prévoyance
- Revenu-Militaire Primes
- Prévoyance-Militaire
- Prévoyance-Personnelle

Si plusieurs de ces garanties sont souscrites concomitamment à partir du même bulletin d'adhésion, ce formulaire médical vaut pour l'adhésion à l'ensemble des garanties souscrites.

Votre formalité médicale

Renseignez ce formulaire médical si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

	Vous avez plus de 2 ans d'ancienneté dans l'Armée (pour les militaires) et plus de 5 ans d'ancienneté dans la fonction publique (pour les civils de la défense)	
Unéo-Engagement Prévoyance	Répondre aux 3 premières questions si au moins un «oui» répondre aux 11 questions	
	Vous avez moins de 30 ans ou 30 ans	Vous avez plus de 30 ans
Prévoyance-Militaire	Si vous souscrivez la formule 1 ou 2 et avez plus de 6 mois d'ancienneté dans l'Armée ou si vous souscrivez la formule 3 ou 4 : Répondre aux 3 premières questions Si au moins un « oui », répondre aux 11 questions	Répondre aux 11 questions du formulaire
Revenu-Militaire Primes	Répondre aux 3 premières questions Si au moins un « oui » répondre aux 11 questions	Répondre aux 11 questions du formulaire
Prévoyance-Personnelle		

La Mutuelle se réserve le droit de conditionner l'adhésion à une visite médicale au regard des réponses apportées aux questions du Formulaire Médical Confidentiel.

Pour vous aider, voici quelques exemples :

- Jeune engagé, moins de 6 mois d'ancienneté dans l'Armée et moins de 30 ans souhaitant adhérer à Unéo-Engagement Prévoyance et Prévoyance-Militaire Formule 1 > **Je n'ai aucune formalité médicale, je ne remplis pas de questionnaire.**
- Moins de 2 ans d'ancienneté dans l'Armée et moins de 30 ans souhaitant adhérer à Unéo-Engagement Prévoyance et Prévoyance-Militaire Formule 3 et Revenu-Militaire Primes > **Je remplis les 3 premières questions du formulaire, si j'ai répondu « oui » à une des 3 questions, je dois alors répondre aux 11 questions.**
- Plus de 2 ans d'ancienneté dans l'Armée et plus de 30 ans souhaitant adhérer à Unéo-Engagement Prévoyance, Prévoyance-Militaire Formule 1 et Revenu-Militaire Primes > **Je remplis les 11 questions du formulaire.**

Selon votre situation, remplissez les 3 premières questions ou l'ensemble des questions du formulaire

	NON	OUI
1. Êtes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité, et/ou de l'exonération du ticket modérateur, et/ou d'une rente accident du travail, et/ou d'une allocation adulte handicapé, et/ou avez-vous des séquelles d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des 10 dernières années, avez-vous bénéficié pendant plus de 3 semaines d'un traitement, et/ou d'un suivi médical ou chirurgical, et/ou d'un arrêt de travail ?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous une maladie, une affection médicale ou chirurgicale qui justifie actuellement ou pourra justifier un suivi, un traitement, un arrêt de travail et/ou une intervention chirurgicale ?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Hors affections saisonnières, grossesse, appendicite, amygdales, végétations, chirurgie esthétique et réparatrice, et traitement contraceptif.



	NON	OUI	En cas de réponse « Oui », donnez des précisions (noms, motifs, date...)
4. Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Taille / poids		 m cm, kg
6. Prenez-vous de façon régulière un ou plusieurs médicaments (hors contraception) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels :
7. Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif pour les sérologies VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C) et VIH (virus immunodéficience humaine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
8. Êtes-vous ou avez-vous été atteint(e) - suivi(e) - traité(e) au cours des 10 dernières années pour* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pathologie(s) concernée(s) :
a. Anémie, anomalie de la coagulation, de moelle osseuse, leucémie ou toutes autres maladies du sang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
b. Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose ou toutes autres atteintes psychiatriques, alcoolisme, toxicomanie, fatigue chronique, fibromyalgies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
c. Paralyse, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, névralgies ou toutes autres maladies du système nerveux ou des muscles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
d. Diabète insulino-dépendant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
e. Diabète non insulino-dépendant, hypercholestérolémie, affections de la thyroïde ou toutes autres atteintes du système endocrinien ou du métabolisme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
f. Surdité, enrrouement, troubles de la vue ou toutes autres maladies de l'oreille, nez, gorge ou de l'oeil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
g. Varices, hypertension artérielle, souffle cardiaque, malformation cardiaque ou douleur thoracique, palpitations, artérite, maladie coronarienne, angine de poitrine, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toutes autres maladies de l'appareil cardiovasculaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
h. Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose ou toutes autres maladies de l'appareil respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
i. Hémorrhagie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toutes autres maladies de l'appareil digestif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
j. Affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite...) ou des organes génitaux ou toutes autres maladies de l'appareil urogénital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
k. Psoriasis, kyste, eczéma ou toutes autres maladies de la peau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
l. Ostéoporose, lumbago, hernie discale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez la localisation : cervicale, dorsale et/ou lombaire), arthrose, sciatiques, douleurs cervicales, dorsales ou lombaires :
m. Toutes autres affections des os ou des articulations : �paules, coudes, poignets, hanches, genoux, chevilles, hallux valgus, canal carpien...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez l'articulation et/ou l'os, et le côté concerné (GAUCHE ou DROIT) pour chaque pathologie déclarée :
n. Toutes autres maladies, pathologies ou infirmités non citées plus haut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
Au cours des 10 dernières années :			
9. Avez-vous été hospitalisé(e) dans une clinique, un hôpital, un centre de r�ducation ou une maison de santé pour un motif autre que : appendicectomie, ablation des amygdales ou des végétations, ablation de la vésicule biliaire, hémorroïdes, maternité, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date(s) et motif(s) :
10. Avez-vous reçu un soin de kinésithérapie ou de r�ducation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez le motif, l'articulation et le côté concerné (GAUCHE ou DROIT) :
11. Avez-vous subi des examens complémentaires (radiographie, scanner, IRM, échographie, électrocardiogramme, artériographie, électromyogramme ou autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez l'examen et le motif :

*Hors affections saisonnières, grossesse, appendicite, amygdales, végétations, chirurgie esthétique et réparatrice, et traitement contraceptif.

En vertu des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique permettant au patient d'accéder aux informations contenues dans son dossier médical, en cas de sinistre, l'assuré s'engage à transmettre la totalité des pièces médicales inhérentes à son état de santé (comptes rendus de consultations, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus opératoires, examens biologiques, dossier médical ...). Les assureurs se réservent alors le droit de subordonner la mise en jeu des garanties à la remise des pièces sollicitées par la Cellule Médicale dans le cadre du sinistre référencé.

Signature

J'accepte que l'ensemble des documents d'adhésion, le formulaire médical confidentiel et autres documents médicaux soient adressés par courrier à la Cellule médicale d'Un o pour instruction. Je certifie exactes et sincères les réponses apportées aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Je reconnais donc que toute fausse déclaration de ma part, toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque, est susceptible d'entraîner l'annulation de mon adhésion conformément à l'article L 221.14 du Code de la mutualité.

Je m'engage à informer la Mutuelle de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat.

Le ____ / ____ / _____ Fait   _____

Vous bénéficiez d'un interlocuteur dédié à la protection de vos données, le Délégué à la Protection des Données (DPD) de Un o auquel vous pouvez vous adresser par courrier au 48 rue Barbès 92544 Montrouge cedex ou par courriel à protection.des.donnees@groupe-uneo.fr pour obtenir plus d'informations et mettre en œuvre vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de portabilité, de suppression et déterminer le sort de vos données en cas de décès.

Lors de votre adhésion à Un o, la Mutuelle s'engage à ne collecter auprès de vous que les informations indispensables à la gestion de votre contrat qui sont conservées (selon leur type) pendant toute la durée de la vie du contrat et pendant la durée légale qui suit son terme. Pour les opérations liées à celui-ci, vous consentez librement à ce que ces données puissent être partagées entre Un o, ses partenaires et ses sous-traitants.

Afin de répondre à ses obligations légales et de réduction des risques, Un o sera amenée à traiter vos données dans le cadre d'opérations de contrôle et de lutte contre la fraude, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Plus d'informations sur vos droits sont disponibles dans votre documentation contractuelle.

Signature de la personne à assurer, précédée de la mention "Lu et approuvé"



Règlement Mutualiste Unéo-Ciblage Désignation de bénéficiaire(s)

Ce formulaire annule et remplace toute désignation antérieure.
La déclaration de bénéficiaire est un document personnel.

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

UC05

U_FORM_UC05_REF.2018-0022-3



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

- Joindre impérativement à votre envoi une copie de votre pièce d'identité en cours de validité
- Merci d'écrire en lettres capitales ou de cocher vos choix sans déborder des cases
- Les dates sont à inscrire au format JJ/MM/AAAA (par exemple : 15 août 1989 ► 15/08/1989)

Votre numéro d'adhérent ►

Ce document est à compléter si vous ne souhaitez pas adopter la clause type (voir au verso).

Je soussigné(e)

M^{me} M. Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Numéro de Sécurité sociale _____ Clé _____

désigne comme bénéficiaire(s) au titre de la garantie Décès de Prévoyance-Militaire ou Prévoyance-Personnelle.

Merci de préciser la garantie :

Prévoyance-Militaire Formule 1 Formule 2 Formule 3 Formule 4

Prévoyance-Personnelle Formule 1 Formule 2 Formule 3 Formule 4

M^{me} M. Nom ou organisme _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Lieu de naissance _____ Dépt. _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Ordre de priorité⁽³⁾ ____ Répartition du capital⁽³⁾ _____ %

(3) Voir explications ci-après.

M^{me} M. Nom ou organisme _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Lieu de naissance _____ Dépt. _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Ordre de priorité⁽³⁾ ____ Répartition du capital⁽³⁾ _____ %

(3) Voir explications ci-après.





M^{me} M. Nom ou organisme _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Date de naissance ____ / ____ / _____ Lieu de naissance _____ Dépt. ____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Ordre de priorité⁽³⁾ ____ Répartition du capital⁽³⁾ _____ % (3) Voir explications ci-après.

Si vous souhaitez ajouter d'autres bénéficiaires à la clause bénéficiaire, il suffit d'indiquer sur papier libre, daté et signé (en joignant la copie de votre pièce d'identité en cours de validité) les informations suivantes : nom, prénom, adresse, ordre de priorité, date et lieu de naissance du ou des bénéficiaire(s) et répartition des capitaux décès.

Signature

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 pour les 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 »

Conformément à l'article L. 223-5 du Code de la mutualité, 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.

1. Vous avez la possibilité d'ajouter, après le nom et le prénom du (ou des) bénéficiaire(s) que vous souhaitez désigner, la précision suivante « et à défaut, ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales » ou « à défaut ses héritiers ».
2. Nous vous faisons les recommandations suivantes afin que votre désignation soit dépourvue d'ambiguïté :

Si vous désirez nommer plusieurs bénéficiaires, il y a lieu de préciser l'ordre des priorités et la répartition du capital.

EXEMPLES :

Monsieur A	Priorité = 1	Répartition = 100 %	M. A est le seul bénéficiaire
Monsieur B	Priorité = 2	Répartition = 30 %	M. B est bénéficiaire à hauteur de 30 % du capital si la personne en n° 1 décédait avant l'assuré
Monsieur C	Priorité = 2	Répartition = 70 %	M. C est bénéficiaire à hauteur de 70 % du capital si la personne en n° 1 décédait avant l'assuré
Monsieur D	Priorité = 3	Répartition = 100 %	M. D est seul bénéficiaire si les personnes en n° 1 et n° 2 décédaient avant l'assuré

Vous devez vous assurer qu'à chaque rang de priorité, le capital est bien réparti à 100 %.

Attention, si vous avez désigné plusieurs bénéficiaires au même rang de priorité et si l'un d'eux venait à décéder avant l'assuré, sa part de capital sera répartie entre les bénéficiaires restants de même rang en fonction de leur part respective.

Si vous désirez nommer un bénéficiaire précisément : indiquez simplement son nom et prénom(s), sans mention de qualité (par exemple, ne pas mettre « mon épouse », rédaction qui poserait des problèmes d'interprétation si survenait un changement d'état civil suite à un divorce ou un remariage). N'oubliez pas de préciser sa date de naissance afin d'éviter les contestations par des homonymes.

Si vous désirez nommer vos enfants comme bénéficiaires : vous ne voulez pas avantager l'un par rapport à l'autre, indiquez « mes enfants nés ou à naître par parts égales », ceci permettra de désigner comme bénéficiaire l'ensemble de vos enfants nés au moment de la désignation ainsi que vos enfants nés postérieurement à la désignation.

Si votre clause bénéficiaire est ambiguë, nous enregistrerons la clause type le temps que vous nous communiquiez votre nouvelle clause bénéficiaire.

Dans ce cas l'ordre successoral est la clause type : 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, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, 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.

Ordre successoral.

Lorsqu'aucune désignation particulière n'est réalisée, c'est l'ordre successoral correspondant à la clause type qui s'applique.

NOTA

La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée. Toutefois, la désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, effectuée dans les conditions suivantes :

- par un écrit signé de la Mutuelle, de vous-même et du bénéficiaire ;
- par voie d'acte notarié ou sous seing privé, signé de vous-même et du bénéficiaire qui devra être notifié par écrit à la Mutuelle pour lui être opposable.

IMPORTANT :

- pour un assuré mineur de plus de 12 ans, non émancipé, la clause bénéficiaire doit uniquement indiquer : "mes héritiers".
- pour une personne sous tutelle, nous vous rappelons que le représentant légal ne peut être désigné bénéficiaire sans l'accord préalable du juge des tutelles.



Vos ayants droit (tels que définis dans les notices d'information et Règlements mutualistes correspondant aux garanties souscrites)

Ayant droit n°...

Mme M. Nom

Prénom Né(e) le / /

Sécurité sociale : Régime de base⁽¹⁾ : N°(2) Clé

Ayant droit n°...

Mme M. Nom

Prénom Né(e) le / /

Sécurité sociale : Régime de base⁽¹⁾ : N°(2) Clé

Ayant droit n°...

Mme M. Nom

Prénom Né(e) le / /

Sécurité sociale : Régime de base⁽¹⁾ : N°(2) Clé

Signature

Je certifie l'exactitude des éléments mentionnés.

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 d'opposition pour les 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 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 du Membre Participant (obligatoire) précédée de la mention « Lu et approuvé »

(1) Si vous êtes affilié au Régime de Sécurité sociale français, indiquez lequel, si vous êtes affilié à un Régime de protection sociale étranger, indiquez lequel, si vous êtes affilié au Régime de Sécurité sociale de la Nouvelle Calédonie (CAFAT) ou de la Polynésie Française et de Saint-Pierre-et-Miquelon (CPS), précisez-le relatives à l'exécution de mon contrat mutualiste. (2) Information obligatoire pour la télétransmission.

PIECES A FOURNIR POUR VOTRE ADHESION

	Pièces d'identité ou acte de naissance (enfants)	Justificatif du versement de la pension	Acte de mariage ou Livret de famille ou Attestation du PACS ou Acte de naissance comportant la mention marginale du PACS	Justification de la profession de la personne décédée	Copie intégrale de l'acte de naissance
Documents liés à votre situation professionnelle					
Militaire ou réserviste	X				
Ancien militaire Pensionné	X	X			
Ancien militaire non pensionné	X				
Civils de la défense	X				
Civils de la défense retraité	X	X			
Autre situation	X				
Documents liés à votre situation personnelle					
Orphelins	X			X	X
Veuf(ve)	X		X	X	
Documents concernant vos ayants droit					
Conjoints	X		X		
Enfants	X				