



Demande d'adhésion et de modification au contrat Unéo-Engagement
Santé-Internationale, Santé et Prévoyance,
Unéo-Soutien Pass Optimonde et Autonomie

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.	Évén.	UE01Mi U_FORM_UE01Mi_REF.2018-0016-12	
---------	-------	--	--

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

Etes-vous déjà adhérent Unéo ? Oui Numéro d'adhérent Unéo Non (remplir la fiche d'identification U01Fi)

Demande d'adhésion Demande de changement de garantie⁽¹⁾ J'accepte qu'Unéo reprenne les informations me concernant et connues à la date de signature du présent formulaire.

Vous êtes

Nom⁽²⁾ _____

Prénom⁽²⁾ _____ Né(e) le⁽²⁾ ____ / ____ / _____

Téléphone fixe ou portable⁽²⁾ _____ Email⁽³⁾ _____

Militaire actif (y compris élève) Civil de la Défense ou personnel civil de la gendarmerie en activité (y compris stagiaire) Veuf(ve)⁽⁴⁾
 Réserviste opérationnel ESR Civil de la Défense retraité Orphelin⁽⁴⁾ Militaire pensionné

Unéo-Engagement / Pass Optimonde

Pour adhérer à Unéo-Engagement, vous devez choisir d'une part votre garantie santé et d'autre part votre garantie prévoyance (si vous êtes éligible).

Unéo-Engagement Santé-Internationale/Santé⁽¹⁾:

1. Vous êtes affecté(e) ou résidez à l'étranger

Pays d'affectation _____

Vous demandez l'adhésion à :

Santé-Internationale pour vous même et l'ensemble de vos ayants droit résidant à l'étranger (cf fiche d'identification ou déjà rattachés)

Santé-Internationale pour vous même **ET** vous demandez l'adhésion de l'ensemble de vos ayants droit (cf fiche d'identification ou déjà rattachés) résidant en France à (cochez une seule case) :

Santé-Objectif 1 Santé-Objectif 2 Santé-Objectif 3

2. Vous résidez en France et au moins l'un de vos ayants droit réside à l'étranger

Vous demandez l'adhésion aux garanties suivantes :

	Pour vous-même et vos ayants droit résidant en France ⁽⁵⁾ (cochez une case)	ET	pour vos ayants droit résidant à l'étranger, listés ci-dessous (cochez une case)
Santé-Internationale			<input type="checkbox"/>
Santé-Objectif 1	<input type="checkbox"/>		
Santé-Objectif 2	<input type="checkbox"/>		
Santé-Objectif 3	<input type="checkbox"/>		

Ayants droit sur la garantie Santé-Internationale :

Nom _____ Prénom _____

Nom _____ Prénom _____

Nom _____ Prénom _____

Unéo-Engagement Prévoyance⁽¹⁾ :

Réservée aux militaires actifs (y compris les élèves), réservistes opérationnels ESR, civils de la Défense ou personnels civils de la gendarmerie en activité (y compris stagiaire).

Prévoyance-Position A Prévoyance-Position A+ Prévoyance-Position B Prévoyance-Position B+

Pour les militaires et les agents nouvellement engagés ne disposant pas de trois bulletins de solde/paie, veuillez renseigner votre indice de solde/de traitement :

Sinon, veuillez indiquer le traitement brut de référence mensuel (primes incluses) des trois derniers mois :
..... € € €

Remplissez le Formulaire Médical Confidentiel U01QM suivant les instructions qui y sont détaillées.

Date d'entrée en fonction au ministère des Armées, en gendarmerie nationale ou dans la fonction publique : ____ / ____ / _____

Affectation ou école :

(1) Dans le respect des conditions de la notice d'information afférente. (2) Indispensable. (3) Facultatif. 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. (4) D'un civil de la défense ou de la gendarmerie (actif ou retraité) décédé, d'un militaire décédé ou d'un ancien militaire décédé titulaire d'une pension de retraite. (5) À cocher uniquement si vous n'êtes pas déjà adhérent à Santé-Objectif 1 ou Santé-Objectif 2 ou Santé-Objectif 3.





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.

ou désignation particulière de bénéficiaire(s) : renseigner le formulaire « désignation de bénéficiaire(s) n° UE05M »

Date d'effet souhaitée⁽¹⁾ / /

Pass Optimonde (facultatif) :

Vous demandez l'adhésion à Pass Optimonde⁽²⁾ (cochez plusieurs cases si nécessaire) :

- Pour vous-même Pour le(s) ayant(s) droit rattaché(s) à la garantie Santé-Internationale.

Date d'effet souhaitée⁽³⁾ / / Date de fin d'adhésion (si connue)⁽⁴⁾ / /

Paiement des cotisations

Les cotisations liées aux garanties Unéo-Engagement sont prélevées selon les modalités définies dans le formulaire « U03 – Mandat de prélèvement SEPA », que vous devez renseigner obligatoirement.

Je suis informé(e) et j'accepte que les cotisations liées à la garantie Pass Optimonde soient prélevées par Unéo selon les mêmes modalités que celles d'Unéo-Engagement.

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 la notice d'information d'Unéo Engagement.

- Compte tenu de mon adhésion à la garantie Unéo-Engagement, je résilie mon adhésion à la garantie frais de santé métropole (Utile, Naturelle, Essentielle ou Optimale) ou internationale (Optimonde**, Nouvelle-Calédonie ou Unéo-Monde). Je prends note que cette résiliation emportera également la résiliation des garanties Inaptitude à servir (IAS), Rente éducation, Maintien d'Autonomie/ Dépendance et Décès (Arméo), Rapatriement et Assistance, et le cas échéant, de la garantie optionnelle (Renfort Jeune, Renfort Famille, Renfort Senior et Renfort Plus) et du Renfort Arméo (si la garantie Autonomie n'est pas souscrite), à compter de la prise d'effet de ma présente adhésion. Je suis informé(e) que les garanties cesseront pour moi-même ainsi que pour mes éventuels ayants droit.

Signature

- Je certifie l'exactitude des éléments mentionnés et déclare avoir reçu et avoir pris connaissance des Statuts de la mutuelle Unéo, de la notice d'information d'Unéo-Engagement et, le cas échéant, de la notice d'information de la garantie Pass Optimonde. 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.

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.**

Signature du membre participant (obligatoire) précédée de la mention « Lu et approuvé »

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.**

(1) La date d'effet de l'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire. A défaut d'indication, la date d'effet sera la date de signature du présent formulaire. En cas de formalités médicales à l'adhésion prévues dans la notice d'information afférente, la date d'effet pourra être postérieure à la date indiquée sur le présent formulaire. (2) Assurée par IMA Assurances et dont les conditions sont définies dans la notice d'information afférente. (3) La date d'effet de l'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire. A défaut d'indication, la date d'effet sera la date de signature du présent formulaire. Sous réserve du paiement de la cotisation.

(4) Conformément à la notice d'information du Pass Optimonde, tout mois commencé sera dû.



Contrat Unéo-Soutien Autonomie (facultatif)

Pour adhérer à Unéo-Soutien Autonomie, vous devez adhérer obligatoirement à Unéo-Engagement Santé.

Unéo-Soutien Autonomie⁽¹⁾ :

Vous et votre conjoint devez être âgé(e) de 16 ans minimum et 75 ans maximum.

Formalités médicales

Remplissez la déclaration de bonne santé US05DBA ou le cas échéant le questionnaire médical complet US05QMA suivant les instructions qui y sont détaillées.

Je demande mon adhésion à Unéo-Soutien Autonomie Je demande l'adhésion à Unéo-Soutien Autonomie pour mon conjoint, concubin, partenaire de PACS ayant la qualité d'ayant droit

Cotisation

Je suis informé(e) et j'accepte que les cotisations liées au contrat Unéo-Soutien Autonomie soient prélevées par Unéo selon les mêmes modalités que celles d'Unéo-Engagement⁽²⁾.

Date d'effet

L'adhésion à Unéo-Soutien Autonomie prend effet au jour de la prise d'effet de l'adhésion à Unéo Engagement Santé lorsqu'il n'y a pas de questionnaire médical et que l'adhésion est concomitante à celle d'Unéo-Engagement Santé⁽³⁾.

Information sur la faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion à la garantie Autonomie pendant trente jours calendaires à compter de la date d'émission figurant sur le Certificat d'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : Unéo - 48, rue Barbès - 92544 - Montrouge Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information. La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent de l'intégralité des sommes versées dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Signature

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 et que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part entraînera la résiliation de son adhésion.

Le ____ / ____ / _____ Fait à _____

Nota - Important : Unéo et ses partenaires mettent en oeuvre un traitement de données à caractère personnel dont ils sont responsables, 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.

Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants et prestataires de Unéo et ses partenaires pour les besoins de la gestion du contrat. **Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information sur l'offre Unéo, veuillez cocher la case ci-contre.**

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 la Mutuelle Unéo. 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.**

Signature de l'adhérent à la mutuelle souscriptrice précédée de la mention manuscrite "Je soussigné(e), atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus".

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

Accompagnement social

Je demande mon adhésion à la :

Caisse Nationale du Gendarme⁽⁴⁾ (CNG) Mutuelle Nationale Militaire⁽⁵⁾ (MNM) Mutuelle de l'Armée de l'Air⁽⁶⁾ (MAA)

Je déclare avoir pris connaissance et reçu les statuts de la mutuelle d'accompagnement social concernée, y compris les taux et montants de cotisation⁽⁷⁾.

Adhésion souhaitée le⁽⁸⁾ ____ / ____ / _____

Le ____ / ____ / _____ Fait à _____

Signature du membre participant (obligatoire) précédée de la mention « Lu et approuvé »

(1) La garantie Unéo-soutien Autonomie est assurée par Mutex. Une Garantie assistance assurée par IMA Assurances et un Service d'écoute, d'information et d'orientation sont inclus dans la garantie Unéo-Soutien Autonomie. Les conditions de ces garanties et services sont détaillées dans les notices d'information afférentes. (2) Conformément aux dispositions de la notice du contrat Soutien Autonomie. (3) À condition que la première cotisation périodique ait bien été encaissée. Si l'adhésion à Unéo-Soutien Autonomie n'est pas concomitante à celle d'Unéo-Engagement Santé, la date d'effet sera la date de signature du bulletin d'adhésion à condition que la première cotisation périodique ait bien été encaissée. En cas de formalités médicales particulières prévues dans la notice d'information la date d'effet pourra être postérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion. (4) Voir : www.mutuelle-gendarmerie.fr (5) Voir : www.mnm.fr (6) www.maa-mutuellearmedelair.fr (7) Informations disponibles sur le site Internet de la mutuelle d'accompagnement social choisie. (8) La date d'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire.



Récapitulatif des pièces à fournir

	Unéo-Engagement Santé (Membre participant et ayants droit)	Unéo-Engagement Prévoyance (Membre participant)	Unéo-Soutien Autonomie (Membre participant et conjoint)
Fiche d'identification (si non adhérent Unéo uniquement) « U01Fi »	X	X	X
Demande d'adhésion « UE01Mi »	X	X	X
Copie de la carte d'identité ou du passeport	X	X	X
Copie de l'attestation de carte vitale	X		
Copie des trois derniers bulletins de solde ou de paie		X	
Mandat de prélèvement SEPA « U03 »	X	X	X
Relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations (si non adhérent Unéo uniquement)	X		
Formulaire Médical Confidentiel « U01QM »		X	
Déclaration de bonne santé « US05DBA » et/ou Questionnaire Médical Complet « US05QMA »			X
Désignation de bénéficiaire «UE05M»		X	

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 du contrat collectif à adhésion facultative Auto-nomie, société anonyme au capital de 37 302 300 euros - Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 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 Tailbout 75436 Paris cedex 9. **Caisse Nationale du Gendarme (CNG)** mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 784 442 873, 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex. **Mutuelle Nationale Militaire (MNM)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775 666 324, 48 rue Barbès - 92544 Montrouge cedex. **Mutuelle de l'Armée de l'Air (MAA)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 338 675, dont le siège social est situé 48 rue Barbès - 92544 Montrouge cedex. **IMA Assurances**, assureur de la garantie Pass Optimonde, société anonyme au capital de 7 000 000 euros. entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632. IMA Assurances est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR - situé 61 rue Tailbout, 75436 Paris Cedex 9.

REF.2018-0016-12



**Contrat collectif Unéo-Engagement
Santé et Prévoyance**
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.

UE05M

U_FORM_UE05M_REF.2018-0016-4



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 **Unéo-Engagement** Prévoyance.

M^{me} M. Nom ou organisme _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

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

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Ordre de priorité⁽¹⁾ ____ Répartition du capital⁽¹⁾ ____ % (1) 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⁽¹⁾ ____ Répartition du capital⁽¹⁾ ____ % (1) 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⁽¹⁾ ____ Répartition du capital⁽¹⁾ ____ % (1) 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⁽¹⁾ ____ Répartition du capital⁽¹⁾ _____ % (1) 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 enregistrons 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.



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. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---------	---

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 : �paulles, 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"



Déclaration de Bonne Santé

Unéo - Soutien Autonomie

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

US05DBA

U_FORM_US05DBA_REF.2018-0016-3



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

- 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 ►

La Déclaration de Bonne Santé est à compléter et signer de la main de la personne à assurer.

Votre identité⁽¹⁾

M^{me} M. Nom _____

Nom de naissance _____

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

(1) Indispensable.

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.
S'il est répondu OUI à l'une d'elles, un Questionnaire Médical devra être complété.
Les formalités médicales sont détaillées dans la notice d'information.

1. La différence entre votre taille (exprimée en cm) et votre poids (exprimé en kg) est inférieure à 80 et ou supérieure à 115 (exemple : taille 172 cm – poids 80 kg = 92). oui non
2. Avez-vous besoin d'une aide humaine ou matérielle pour vous habiller, faire votre toilette, faire vos courses, préparer votre repas, vous déplacer à l'extérieur, vous lever, vous coucher, effectuer des démarches administratives ? oui non
3. Etes-vous suivi(e) pour une des maladies suivantes : Troubles du rythme cardiaque, diabète, artérite, maladie psychique ou psychiatrique, syndrome d'apnée du sommeil (SAS), Maladie d'Alzheimer, Sclérose en plaques (SEP), maladie de Parkinson, maladie neurologique, maladie des muscles (myopathie) ? oui non
4. Avez-vous présenté un accident vasculaire cérébral (AVC) ou toute autre affection cérébrale, avez-vous bénéficié d'une évaluation de la mémoire, consulté un neurologue au cours des 5 dernières années ? oui non
5. Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié au cours des 5 dernières années d'un traitement pendant plus de 3 semaines consécutives pour une même maladie ?
Avez-vous été hospitalisé(e) plus de 3 jours consécutifs au cours des 5 dernières années ? oui non
6. Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (100%) ? une demande est-elle en cours ?
Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une rente d'invalidité catégorie 2 ou 3 ou d'une incapacité supérieure ou égale à 20%, pour une maladie ou un accident, d'une carte adulte handicapé ou station debout pénible ou une demande est-elle en cours ? oui non

Signature

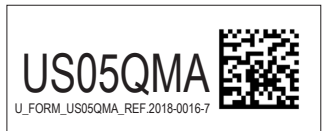
Je certifie exactes et sincères les réponses apportées aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Je reconnais donc que toute fausse déclaration de ma part, toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque, est susceptible d'entraîner l'annulation du contrat d'assurance conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

Le ____ / ____ / _____ Fait à _____

Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous vous informons que la réponse à ces questions est obligatoire pour la souscription des garanties. 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. 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.

Cette déclaration est remplie impérativement par la personne à assurer. 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 document que j'ai relues et suis informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances, et notamment la nullité de l'adhésion en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Signature de l'assuré(e)



Unéo - Cellule Médicale - 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

Si vous avez répondu «oui» à une ou plusieurs questions de la déclaration de bonne santé «US05DBA» : Répondez à l'ensemble des questions du Questionnaire médical complet ci-dessous ; Paraphez obligatoirement chacune des pages du Questionnaire médical complet et signez obligatoirement au verso ; Placez votre Questionnaire médical complet dans l'enveloppe à l'attention exclusive du médecin conseil de Mutex ; Envoyez votre demande d'adhésion ainsi que l'enveloppe fermée contenant le Questionnaire médical complet US05QMA à : Unéo Service Adhésions - 48, rue Barbès - 92544 Montrouge 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.

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. Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, toute fausse déclaration, de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

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.

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(s) médicale(s) ? Oui Non

Si OUI, depuis quelle date ? Pour quel motif ?

7. Quels sont vos loisirs ?

1. Indiquez si vous avez :

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

Laquelle, depuis quand ?

2. Une maladie régulièrement suivie ? Oui Non

3. Un essoufflement au moindre effort ? Oui Non

Donnez des précisions

4. Des difficultés pour :

• 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 depuis quand ? 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 ?

Si oui, depuis quand ?

Oui Non Si OUI, affection prise en charge

Joindre la photocopie de la notification.

6. Au cours des 10 dernières années :

Pour quel motif, et à quelle date ?

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 :

Pour quel motif, et à quelle date ?

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 :

Pour quel motif, et à quelle date ?

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 :

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

5. Avez-vous une atteinte des mains ou des pieds ? Oui Non Date de début

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

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 les réponses aux questions de ce questionnaire sont obligatoires pour la souscription des garanties. 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 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 Mutex, située 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex.

Signature

En complément de votre signature, vous devez parapher chaque page du questionnaire médical à l'emplacement indiqué.

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

