Kit adhésion UNÉO INTERNATIONAL *Informations pratiques*

Administratif

➥ OÙ ENVOYER CES FORMULAIRES (U01Mi, U01Ci, U03...) ?

Unéo - Service Adhésions et Cotisations - 48, rue Barbès 92544 Montrouge Cedex (ou remettez-les à votre conseiller Unéo).

Le futur membre participant remplit et signe un bulletin d'adhésion à la mutuelle. L'inscription à la mutuelle prend effet à la date de la signature du bulletin d'adhésion, sauf disposition contraire formelle (article M.1 du règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International[1]).
La date d'adhésion ne peut être antérieure à la date de la signature du présent bulletin.
Pour tout renseignement, vous pouvez vous référer aux Statuts[1] et règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International [1] de la mutuelle Unéo.

➥ PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT :

- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité ;
- une copie de l'attestation de votre carte Vitale ;
- pour le prélèvement de votre cotisation, le formulaire « **U03 - Mandat de prélèvement SEPA** » ;
- un Relevé d'Identité Bancaire.

> Si vous optez pour la garantie Unéo Monde-Initiale, une copie de carte d'assuré social à un régime de protection sociale est obligatoire français ou étranger ;

➥ PIÈCE(S) COMPLÉMENTAIRE(S) À FOURNIR, SUIVANT VOS CHOIX :

> Si vous souhaitez que le versement de vos prestations soit effectué sur un autre compte bancaire :
- formulaire[2] « **U04i - Demande de changement de coordonnées bancaires pour le versement des prestations** - garanties Unéo-International » ;
- un Relevé d'Identité Bancaire pour le versement des prestations.

> Si vous souhaitez rattacher un ou plusieurs bénéficiaires (conjoint(e), partenaire, concubin(e), enfant de moins de 30 ans, enfant handicapé, enfant ou descendant de plus de 30 ans, ascendant, collatéraux ou alliés vivant sous le même toit)* :
- formulaire[2] « **U02i - Demande de rattachement** - garanties Unéo-International » complété, daté et signé ;
- copie de la pièce d'identité en cours de validité de la ou des personnes (bénéficiaires) à rattacher ;
- copie de la ou des attestation(s) de carte(s) Vitale de la ou des personnes (bénéficiaires) à rattacher ;
- pour les personnes (bénéficiaires) à rattacher de plus de 16 ans, un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations ;
- pour les concubins : certificat de concubinage ou déclaration sur l'honneur signée par les membres du couple ;
- joindre la copie de l'attestation du PACS délivrée par l'officier d'état civil compétent, le notaire ou le consulat, ou la copie de l'acte de naissance comportant la mention marginale de la conclusion du PACS ;
- ou copie de l'acte de mariage ou du livret de famille ;
- et/ou copie de l'extrait d'acte de naissance ou du livret de famille pour les enfants.

> Si vous souhaitez réaliser une désignation particulière de bénéficiaire(s) concernant la garantie Maintien d'autonomie/dépendance et décès (Arméo) :
- formulaire « **U05 - Désignation de bénéficiaire(s)** ».

> Si vous souhaitez adhérer à la garantie Option de Maintien de Revenus (réservée aux civils), l'accord préalable du médecin conseil ou de l'assureur conditionne votre souscription. Veuillez renseigner le formulaire Médical Confidentiel « **U32N** ».

*** - Voir conditions dans le règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International en vigueur[1].**
1 - Documentation disponible auprès de votre conseiller Unéo ou consultable et téléchargeable depuis votre Espace adhérent.
2 - Formulaire disponible auprès de votre conseiller Unéo ou consultable et téléchargeable à l'adresse Internet suivante : groupe-uneo.fr/, rubrique « Téléchargements ».

Tout dossier incomplet vous sera retourné pour complément d'information

Garanties santé

Le détail des garanties santé de base Unéo-International figure au sein des tableaux de prestations du règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International de la mutuelle Unéo[1].

1 - Documentation disponible auprès de votre conseiller Unéo ou consultable et téléchargeable sur le site Internet groupe-uneo.fr, depuis votre Espace adhérent.

Prévoyance

Garantie Maintien d'autonomie/dépendance et décès (Arméo)

➥ QUE SIGNIFIE GIR 1 OU 2 ?

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

Le GIR 1 comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
Le GIR 2 est composé essentiellement de deux sous groupes :
- d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;
- d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

Les personnes en GIR 1 ou 2 à la date d'adhésion ne peuvent bénéficier de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance (Arméo).

➥ QUE SIGNIFIE INVALIDITÉ DE 2E OU 3E CATÉGORIE ?

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

Les personnes en invalidité de 2e ou 3e catégorie, à la date d'adhésion, ne peuvent bénéficier de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance (Arméo).

➥ QUELS SONT LES 4 ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ) À EFFECTUER SANS L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE ?

- **se déplacer :** capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés,
- **s'alimenter :** capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition,
- **se laver :** capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles,
- **s'habiller :** capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.

Les personnes âgées de 65 ans et plus qui ne sont pas en mesure de réaliser spontanément les 4 Actes de la Vie Quotidienne à la date d'adhésion ne peuvent bénéficier de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance (Arméo).

Prévoyance (suite)

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

L'APA est l'allocation attribuée par un conseil départemental aux personnes de plus de 60 ans en situation de dépendance.

Les personnes bénéficiant de l'APA ou en cours de demande d'APA à la date d'adhésion ne peuvent bénéficier de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance (Arméo).

➥ CLAUSE TYPE : ORDRE SUCCESSORAL EN CAS DE DÉCÈS

En l'absence de désignation de bénéficiaire particulière, la clause de désignation de bénéficiaire type en cas de décès est la suivante :

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

Garantie Inaptitude à servir

Obligatoire pour les militaires en activité.

	Cotisations*	Prestations*
Option 1	0,06 %	75 %
Option 2**	0,07 %	80 %
Option 3	0,09 %	90 %

*** en % de la solde indiciaire brute (SIB) mensuelle pour la cotisation et de la SIB annuelle pour la prestation.**
**** minimum 500 €/mois.**
Les prestations sont limitées à 100 % de la rémunération nette de l'adhérent.

Toute adhésion avec une date d'effet postérieure à la date du placement en position de non activité n'ouvre pas droit à cette indemnité (article M.27 «Inaptitude à servir. Indemnité de perte de solde » du règlement mutualiste Unéo-Référence[1]).

1 - Documentation disponible auprès de votre conseiller Unéo ou consultable et téléchargeable sur le site Internet groupe-uneo.fr, depuis votre Espace adhérent.

Rente éducation

Obligatoire pour les militaires en activité [2].

Optionnelle pour les réservistes (y compris les volontaires ayant souscrit un engagement à servir dans la réserve opérationnelle auprès de l'autorité militaire ainsi que les peintres des armées visés à l'article 7.11 des Statuts de la Mutuelle.[2])

En cas de décès accidentel du membre participant en service, une rente mensuelle de 500€ est versée aux orphelins justifiant de la poursuite d'études secondaires ou supérieures, stages de formation professionnelle ou contrat d'apprentissage, âgés de 16 ans minimum et sur une durée maximale de 4 ans, sous réserve de ne pas avoir atteint l'âge de 26 ans.

2 - À l'exclusion de ceux en maintien d'adhésion et ceux qui bénéficient de la CMU-C.

Assistance

ARMÉO ASSISTANCE[1]

Arméo Assistance vous propose des services, que vous soyez aidant ou aidé :

- proposer des solutions de garde de l'aidé[2] ;
- soulager le quotidien de l'aidé et de l'aidant[2] ;
- assurer tranquillité et sécurité.

1 - Services assurés par notre partenaire IMA Assurances dans les conditions définies dans la notice d'information du partenaire.
2 - Pour un accompagnement en cas d'urgence ou en cas de fatigue physique ou morale de l'aidant dûment justifiée par un certificat médical.

ARMÉO PLUS[3]

Arméo Plus vous accompagne à travers sa ligne téléphonique dédiée pour vous :

- informer sur la dépendance, les aides et conditions d'accès ;
- informer sur les démarches administratives ;
- accompagner dans les démarches personnelles ou médicales.

3 - Services des prestations réalisés par notre partenaire DOMPLUS dans les conditions définies dans la notice d'information du partenaire.

ASSISTANCE UNÉO MONDE[4]

Vous bénéficiez de garanties d'assistance et de santé à titre accessoire qui s'appliquent dans le monde entier et comprenant notamment :

- l'avance de frais médicaux hospitaliers en cas d'événement soudain et imprévisible,
- la prise en charge des frais médicaux d'hospitalisation en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible (plafond annuel de 100 000 €),
- l'organisation et la prise en charge du transfert sanitaire en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible.

4 - Pour les garanties Unéo-Monde uniquement.

PASS OPTIMONDE

Pass Optimonde vous accompagne lors de vos vacances, courts séjours ou vos études à l'étranger. Unéo et son partenaire IMA Assurances restent à vos côtés et vous proposent, à vous et/ou à votre famille, en complément de votre garantie Optimonde★★, le Pass Optimonde qui regroupe des garanties d'assistance et de santé.

Choisissez le Pass Optimonde :

- pour les séjours de moins de 4 mois pour les membres participants non militaires ou leurs ayants droit résidant en outre-mer ou à l'étranger[5] ;
- pour les séjours de moins de 6 mois pour les membres participants militaires, civils de la défense ou leurs ayants droits affectés en outre-mer ou à l'étranger ;
- pour vos vacances ;
- pour les études de vos enfants.

5 - En complément d'une garantie santé métropole Unéo-Référence.

Les conditions d'adhésion, montant des cotisations et le détail de ces différentes garanties sont précisées dans la documentation et les notices d'information consultables et téléchargeables sur le site Internet groupe-uneo.fr, rubrique « Téléchargements » ou « Espace adhérent ».

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 503 380 081 - Siège social : 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex. **Mutex**, assureur de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance et décès (Arméo), société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 € - Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040 - 118, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex - Son organisme de contrôle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) dont le siège se situe 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09. - **IMA Assurances**, assureur des garanties d'assistance, société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, siège social : CS 40 000, 79033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09 - **DOMPLUS**, partenaire en charge des services Arméo Plus - SAS au Capital de 737 360 €, Immatriculée au RCS de Grenoble sous le n° 431 693 027 Siège social : La Passerelle, 3, rue Roland Garros - 38320 Eybens. — **LA SUITE** & **CO**
REF.2018-0018-2

Unéo-International
Demande d'adhésion
MILITAIRE en activité

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U01Mi

U_FORM_U01Mi_1501_MAJ1807

Administratif

- AVANT DE REMPLIR VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ CONSULTER LES « INFORMATIONS PRATIQUES »
- MERCI D'ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES OU DE COCHER VOS CHOIX SANS DÉBORDER DES CASES
- LES DATES SONT À INSCRIRE AU FORMAT JJMMAAAA (PAR EXEMPLE : 15 AOÛT 1989 ▶ 15081989)

Votre situation personnelle

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Né(e) le Numéro de Sécurité sociale Clé

☐ Célibataire ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) depuis le

Adresse

Code postal Ville

Pays d'affectation(2)

Téléphone fixe(3) Téléphone portable(3)

E-mail(4)

Étiez-vous jusqu'ici bénéficiaire d'un membre participant Unéo ? ☐ Non ☐ Oui, son n° d'adhérent

(1) Nom figurant sur votre acte de naissance. - (2) Pays utilisé pour l'établissement de votre cotisation à l'une des garanties Unéo-International et au sein duquel les frais de santé exposés ouvrent droit à des prestations au titre des garanties internationales. Les modalités d'établissement des cotisations et versements des prestations sont précisées au sein du règlement mutualiste Unéo-International en vigueur. Tout changement de pays de résidence, d'exercice ou d'affectation doit être signalé par écrit à Unéo dans le mois qui suit ce changement. - (3) Facultatif. - (4) 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.

Votre situation professionnelle

Date d'entrée en service Affectation ou école

N° matricule ou livret de solde

☐ Air ☐ Gendarmerie ☐ Marine ☐ Services communs ☐ SSA ☐ Terre ☐ Autre ☐ Mousse/Arpète

Grade Indice de solde

IMPORTANT : paiement de votre cotisation

Le paiement de votre cotisation est effectué par **prélèvement automatique** sur votre compte bancaire (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.

Santé À CHAQUE SITUATION, SA GARANTIE

Garanties santé

☐ Unéo Monde-Initiale (5)(6)(7)(8) ☐ Unéo Monde-Globale (5)(7)(8) ☐ Unéo Monde-Intégrale (5)(7)(8)(9) ☐ Optimonde★★(9)

Adhésion souhaitée le(10) : (10) **La date d'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire.**

(5) Les garanties santé de base Unéo-International sont réservées aux adhérents qui résident ou sont affectés à l'étranger, c'est-à-dire hors France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Mayotte, Guyane française, Saint-Pierre-et-Miquelon et les Îles Kerguelen. - (6) La garantie Unéo Monde-Initiale est réservée aux adhérents qui bénéficient de prestations en nature d'un régime obligatoire de protection sociale français et/ou étranger portant sur les frais de santé. Justification d'affiliation obligatoire. - (7) Les garanties santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Initiale » et « Unéo Monde-Globale » ne peuvent être souscrites ni par les adhérents résidant ou affectés en Chine (y compris Hong-Kong) ou aux Etats-Unis d'Amérique. - (8) La gestion de ces garanties est déléguée à MSH International. (9) Les garanties Unéo Monde-Intégrale et Optimonde★★ souscrites dans le cadre d'un séjour ou en vue d'une affectation aux États Unis doivent obligatoirement être souscrites hors des États-Unis avant le départ.

Services DES SERVICES GRATUITS POUR VOUS FACILITER LA VIE

Ces services sont inclus avec votre garantie santé de base (Voir les « informations pratiques ».)

☒ Arméo ASSISTANCE(11) contrat souscrit auprès d'IMA Assurances

☒ Arméo PLUS(11) services proposés par DOMPLUS

☒ Unéo Monde Assistance/Rapatriement(11) contrat souscrit auprès d'IMA Assurances

(11) Uniquement pour les garanties Unéo-Monde Initiale, Unéo-Monde Globale, Unéo-Monde Intégrale, hors Optimonde★★

U01Mi

U_FORM_U01Mi_1501_MAJ1807

Anticipation QUOI QU'IL ARRIVE, GARANTISSEZ VOTRE AVENIR

Garanties Maintien d'autonomie/dépendance et décès (Arméo) (contrat souscrit auprès de Mutex)

IMPORTANT : La garantie Maintien d'autonomie/dépendance et décès (Arméo) est soumise à un choix qui doit être formellement identifié sur le présent formulaire d'adhésion. Suivant votre choix, vous devez donc cocher **dans le point 2. : soit** la case **Désignation standard, clause type** (après avoir pris connaissance de l'ordre successoral de celle-ci, indiqué dans la fiche d'information ci-jointe) ; **soit** la case **Désignation particulière** en joignant impérativement le formulaire **« U05 - Désignation de bénéficiaire(s) »** au présent formulaire d'adhésion.

X Adhésion obligatoire

EN AUCUN CAS VOUS NE DEVEZ COCHER LA CASE **DÉSIGNATION PARTICULIÈRE** SANS NOUS JOINDRE LE FORMULAIRE AFFÉRENT **« U05 - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) ».** Vous pourrez, ultérieurement, en remplissant un formulaire **« U05 - Désignation de bénéficiaire(s) »**, remplacer toute **Désignation standard, clause type** par une désignation particulière.

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

☐ Je déclare sur l'honneur, au titre de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance, **être âgé de moins de 65 ans** et ne pas être Invalide 2ème ou 3ème catégorie(1) et/ou GIR 1 ou 2(1) et/ou bénéficiaire de l'APA(1) et/ou avoir une demande d'APA en cours. Je bénéficie à ce titre de la garantie Maintien d'Autonomie/dépendance et de la garantie décès et m'acquitte de la cotisation correspondante.

☐ Je déclare sur l'honneur, au titre de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance, **être âgé de 65 ans ou plus** et je certifie pouvoir effectuer de manière spontanée les 4 actes de la vie quotidienne suivants : se laver, se déplacer, s'alimenter, s'habiller, sans aide d'une tierce personne, et ne pas être Invalide 2ème ou 3ème catégorie(1) et/ou GIR 1 ou 2(1) et/ou bénéficiaire de l'APA(1) et/ou avoir une demande d'APA en cours. Je bénéficie à ce titre de la garantie Maintien d'Autonomie/dépendance et de la garantie décès et m'acquitte de la cotisation correspondante.

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

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

2. Déclaration de bénéficiaire(s) au titre de la garantie Décès :

☐ **Désignation standard :** clause type, **voir notice**

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

(1) Voir définitions dans les « informations pratiques »

Garantie Inaptitude à servir, obligatoire pour les militaires en activité (choix unique)

☐ Option 1 : 75 % de la Solde Indiciaire Brute (SIB) dans la limite de 100 % du net

☐ Option 2 : 80 % de la SIB dans la limite de 100 % du net (500 € minimum par mois)

☐ Option 3 : 90 % de la SIB dans la limite de 100 % du net

Rente éducation

X Adhésion obligatoire pour les militaires en activité, à l'exclusion des militaires placés en maintien d'adhésion et de ceux qui bénéficient de la CMU-C.

Accompagnement ENGAGEONS-NOUS AVEC LES MÊMES VALEURS

Je demande mon adhésion à la :

☐ Caisse Nationale du Gendarme Mutuelle de la Gendarmerie(3) (CNG-MG)

☐ Mutuelle Nationale Militaire(4) (MNM)

☐ Mutuelle de l'Armée de l'Air(5) (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(6) .

Adhésion souhaitée le(2) ☐☐☐☐☐☐☐☐

Le ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fait à ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Signature de l'adhérent(e) (obligatoire) précédée de la mention « Lu et approuvé »

(2) La date d'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire - (3) Voir : www.mutuelle-gendarmerie.fr - (4) Voir : www.mnm.fr
(5) www.maa-mutuellearmeedelair.fr - (6) Informations disponibles sur le site Internet de la mutuelle d'accompagnement social choisie.

Signature

Signature de votre adhésion à Unéo

☐ Je certifie l'exactitude des éléments mentionnés et déclare avoir reçu et avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle Unéo, du règlement mutualiste, y compris les différentes notices d'information, les taux et montants de cotisation. Mon adhésion comprend la cotisation aux garanties santé, Maintien d'autonomie/Dépendance et selon mon choix à la garantie Rente éducation et à la mutuelle d'accompagnement social. **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 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 (voir les « informations pratiques »).**

Le ☐☐☐☐☐☐☐☐ Fait à ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant, pouvant s'exercer auprès du correspondant informatique et libertés de la mutuelle Unéo. Les données collectées font l'objet d'un traitement informatique pour permettre à Unéo et à ses partenaires de gérer votre contrat. Elles sont indispensables à cet effet et pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. **Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information sur l'offre Unéo, veuillez cocher la case ci-contre.** ☐

Ces données pourront être cédées aux partenaires de la mutuelle à des fins de prospection. **Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre.** ☐

Signature de l'adhérent(e) (obligatoire) précédée de la mention « Lu et approuvé »

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 503 380 081 - Siège social : 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex - **MSH International**, gestionnaire des garanties santé de l'offre Unéo Monde, société française de courtage d'assurance, société par actions simplifiée au capital de 2 500 000 euros, dont le siège social est 18 rue de Courcelles - 75008 Paris, RCS Paris 352 807 549, enregistrée à l'ORIAS sous le n°07 002 751, n° de TVA Intracommunautaire FR 78 352 807 549. **Mutex**, assureur des garanties dépendance et décès, société anonyme à directoire et conseil de surveillance 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 dont le siège se situe 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9 - **IMA Assurances**, assureur des garanties d'assistance, 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 - 79 033 Niort Cedex 9 - RCS Niort 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09. - **DOMPLUS**, partenaire en charge des services Arméo Plus - SAS au Capital de 737 360 €, Immatriculée au RCS de Grenoble sous le n° 431693027 Siège social : La Passerelle, 3, rue Roland Garros - 38320 Eybens. **Caisse Nationale du Gendarme-Mutuelle de la Gendarmerie** (CNG-MG) 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, 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex.

REF.2018-0018-5

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U02i

U_FORM_U02i_1501_MAJ1806

Demande de **rattachement**

(garanties **Unéo-International**)

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

- **LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT SONT INDIQUÉES AU DOS**
- **Merci d'écrire en lettres capitales ou de cocher vos choix sans déborder des cases**
- **Les dates sont à inscrire au format JJMMAAAA (par exemple : 15 août 1989 ▶ 15081989)**

Votre numéro d'adhérent ▶

Votre identité

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(*)

Numéro de Sécurité sociale Clé

(*) Nom figurant sur votre acte de naissance

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

Option : ☐ Je demande le rattachement de mon/ma conjoint(e)/partenaire/concubin(e) à mon contrat mutualiste afin de le/la faire bénéficier de la garantie santé Unéo Monde ou Optimonde★★ ci-après choisie :

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(*)

Né(e) le Numéro de Sécurité sociale Clé

Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Depuis le (*) Nom figurant sur l'acte de naissance

Pays de résidence, d'exercice ou d'affectation(1)

Garantie santé pour ce bénéficiaire ☐ Unéo Monde-Initiale(2)(3)(4)(5) ☐ Unéo Monde-Globale(2)(4)(5) ☐ Unéo Monde-Intégrale(2)(5)(6) ☐ Optimonde★★(2)(6)

Adhésion souhaitée le(7) :

(1) Pays utilisé pour l'établissement de votre cotisation à l'une des garanties Unéo Monde et au sein duquel les frais de santé exposés ouvrent droit à des prestations au titre des garanties Internationales. Les modalités d'établissement des cotisations et versements des prestations sont précisées au sein du règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International en vigueur. Tout changement de pays de résidence, d'exercice ou d'affectation doit être signalé par écrit à Unéo dans le mois qui suit ce changement. - (2) Les garanties non référencées Unéo Monde-Initiale, Unéo Monde-Globale et Unéo Monde-Intégrale et Optimonde★★ sont réservées aux adhérents qui résident ou sont affectés à l'étranger, c'est-à-dire hors France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, la Réunion, Mayotte, Guyane française, Saint-Pierre-et-Miquelon et les Îles Kerguelen. - (3) La garantie Unéo Monde-Initiale est réservée aux adhérents qui bénéficient de prestations en nature d'un régime obligatoire de protection sociale français et/ou étranger portant sur les frais de santé. Justification d'affiliation obligatoire. - (4) Les garanties santé de base Unéo-International "Unéo Monde-Intégral" et "Unéo Monde-Globale" ne peuvent être souscrites par les adhérents résidants ou affectés en Chine (y compris Hong-Kong ou aux États-Unis d'Amérique). - (5) La gestion de ces garanties est déléguée à MSH International. - (6) La garantie souscrite dans le cadre d'un séjour ou d'une affectation aux États-Unis doit obligatoirement être souscrite hors des états-Unis, avant le départ. Elle n'est pas, à ce jour, reconnue par les autorités américaines comme satisfaisant aux exigences de la loi "Obamacare".- (7) La date d'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire.

Garanties Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès, obligatoire (Déclaration sur l'honneur au titre de la garantie Maintien d'autonomie/Dépendance)

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

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

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

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

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

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

☐ Désignation standard (clause type, voir ci-dessous)

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

Le

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

Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant, pouvant s'exercer auprès du correspondant informatique et libertés de la mutuelle Unéo. Les données collectées font l'objet d'un traitement informatique pour permettre à Unéo et à ses partenaires de gérer votre contrat. Elles sont indispensables à cet effet et pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information sur l'offre Unéo, veuillez cocher la case ci-contre ☐

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

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

QUE SIGNIFIE GIR 1 OU 2 ?
L'évaluation de la dépendance est établie par l'assureur à partir de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) en vigueur, visée à l'article R232-3 du Code de l'action sociale et des familles. Elle permet de classer le niveau de dépendance en plusieurs groupes GIR.

Le GIR 1 comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
Le GIR 2 est composé essentiellement de deux sous groupes :
- d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;
- d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

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

QU'EST-CE QUE L'APA (ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE) ?
Allocation attribuée par un conseil départemental aux personnes de plus de 60 ans en situation de dépendance.

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

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

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

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

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n° 503 380 081 - 48 rue Barbès - 92544 Montrouge cedex - **MSH International,** gestionnaire des garanties santé de l'offre Unéo Monde, société française de courtage d'assurance, société par actions simplifiée au capital de 2 500 000 euros, dont le siège social est 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75017 PARIS, RCS Paris 352 807 549, enregistrée à l'ORIAS sous le n°07 002 751, n° de TVA Intracommunautaire FR 78 352 807 549. - **Mutex,** assureur des garanties dépendance et décès, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 euros - RCS Nanterre n° : 529 219 040 - 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex - Son organisme de contrôle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) dont le siège se situe 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9.

U02i

U_FORM_U02i_1501_MAJ1806

Demande de rattachement de votre enfant de moins de 30 ans (voir pièces à joindre ci-dessous)

En cas de demande de rattachement d'enfant(s) supplémentaire(s), utiliser un deuxième formulaire « U02i »

Option : ☐ Je demande le rattachement de mon/mes enfant(s) de moins de 30 ans ci-après désigné(s) à mon contrat mutualiste afin de le/les faire bénéficier de la garantie santé Unéo Monde ou Optimonde★★ ci-après choisie :

1. Nom ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Prénom ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Pays de résidence, d'exercice ou d'affectation(1) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Garantie santé pour ce bénéficiaire ☐ Unéo Monde-Initiale(2)(3)(4)(5) ☐ Unéo Monde-Globale(2)(4)(5) ☐ Unéo Monde-Intégrale(2)(5)(6) ☐ Optimonde★★(2)(6)

Adhésion souhaitée le(7) : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Né(e) le ☐☐☐☐☐☐☐☐ N° de Sécurité sociale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Clé ☐☐

Handicap ☐ Tutelle ☐

2. Nom ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Prénom ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Pays de résidence, d'exercice ou d'affectation(1) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Garantie santé pour ce bénéficiaire ☐ Unéo Monde-Initiale(2)(3)(4)(5) ☐ Unéo Monde-Globale(2)(4)(5) ☐ Unéo Monde-Intégrale(2)(5)(6) ☐ Optimonde★★(2)(6)

Adhésion souhaitée le(7) : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Né(e) le ☐☐☐☐☐☐☐☐ N° de Sécurité sociale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Clé ☐☐

Handicap ☐ Tutelle ☐

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

(1), (2), (3), (4), (5), (6) : consulter les mêmes reports indiqués **au recto** de ce formulaire

Option : ☐ Je demande le rattachement de la personne de moins de 30 ans ci-après désignée à mon contrat mutualiste afin de la faire bénéficier de la garantie santé Unéo Monde ou Optimonde★★ ci-après choisie :

3. Nom ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Prénom ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Pays de résidence, d'exercice ou d'affectation(1) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Garantie santé pour ce bénéficiaire ☐ Unéo Monde-Initiale(2)(3)(4)(5) ☐ Unéo Monde-Globale(2)(4)(5) ☐ Unéo Monde-Intégrale(2)(5)(6) ☐ Optimonde★★(2)(6)

Adhésion souhaitée le(7) : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Né(e) le ☐☐☐☐☐☐☐☐ N° de Sécurité sociale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Clé ☐☐

Handicap ☐ Tutelle ☐

Signature

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) : consulter les mêmes reports indiqués **au recto** de ce formulaire

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

Le ☐☐☐☐☐☐☐☐ Fait à ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant, pouvant s'exercer auprès du correspondant informatique et libertés de la mutuelle Unéo. Les données collectées font l'objet d'un traitement informatique pour permettre à Unéo et à ses partenaires de gérer votre contrat. Elles sont indispensables à cet effet et pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. **Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information sur l'offre Unéo, veuillez cocher la case ci-contre.** ☐

Ces données pourront être cédées aux partenaires de la mutuelle à des fins de prospection. **Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre.** ☐

Signature de l'adhérent(e) (obligatoire) précédée de la mention « Lu et approuvé »

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À VOTRE DEMANDE DE RATTACHEMENT :

DANS TOUS LES CAS :
- copie de la **pièce d'identité en cours de validité de chaque personne à rattacher,**
- pour Unéo Monde-Initiale, copie de **l'attestation d'affiliation** au régime obligatoire de protection sociale français et/ou étranger portant sur les frais de santé, sur laquelle apparaissent le ou les bénéficiaires dont vous demandez le rattachement.

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

Mandat de **prélèvement SEPA**

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U03
U_FORM_U03_MAJ2310

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

- **Merci d'écrire en lettres capitales ou de cocher vos choix sans déborder des cases**
- **Les dates sont à inscrire au format JJMMAAAA (par exemple : 15 août 1989 ▶ 15081989)**
- **N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Votre numéro d'adhérent (si connu) ▶

IMPORTANT, À LIRE AVANT DE COMPLÉTER : merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA par voie postale, à l'adresse indiquée ci-dessus, revêtu de votre signature originale manuscrite. Aucun mandat de prélèvement SEPA dématérialisé (scanné, photographié...) renvoyé par e-mail ne pourra être pris en compte par Unéo pour des raisons réglementaires.

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

Identité du titulaire du contrat

Mme M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

Date de naissance

Vos coordonnées personnelles

(1) Nom figurant sur votre acte de naissance

Adresse

Code postal Ville

Téléphone fixe(2) Téléphone portable(2)

E-mail(3)

(2) Facultatif. (3) 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.

- Objet du paiement : le montant du prélèvement 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.
- Type de paiement : récurrent.

Périodicité de prélèvement choisie pour les cotisations Unéo (à la date du 5 du mois de référence)

Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

La cotisation relative à votre (vos) mutuelle(s) d'accompagnement social est prélevée semestriellement.

Coordonnées de votre compte bancaire (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 de votre créancier : Unéo - Service santé, prévoyance et cotisations - 48, rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex
Identifiant créancier SEPA (ICS) : FR85ZZZ545269

Signature (n'oubliez pas de joindre au présent formulaire un relevé d'identité bancaire)

Je certifie l'exactitude des éléments mentionnés et déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions d'utilisation du mandat de prélèvement SEPA (voir au verso)

Le Fait à

Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant, pouvant s'exercer auprès du correspondant informatique et libertés de la mutuelle Unéo. Les données collectées font l'objet d'un traitement informatique pour permettre à Unéo et à ses partenaires de gérer votre contrat. Elles sont indispensables à cet effet et pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment. **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 titulaire du compte

Référence Unique du Mandat (cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire)

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n° 503 380 081
48 rue Barbès - 92544 Montrouge cedex. Imprimé par l'imprimerie Leroyer - ZI - Rue Gutenberg - 89500 Villeneuve-Sur-Yonne.

Conditions d'utilisation du mandat de prélèvement SEPA au verso - Tournez la page SVP

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.

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U04i

U_FORM_U04i_1501_MAJ1807

Demande de **changement** de **coordonnées bancaires** pour le **versement des prestations santé** (*) (garanties **Unéo-International**)

Unéo - Service Adhésions et cotisation - 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**
- **Il est indispensable de joindre le Relevé d'Identité Bancaire du compte concerné**
- **Les dates sont à inscrire au format JJMMAAAA (par exemple : 15 août 1969 ▶ 15081969)**

Votre numéro d'adhérent ▶

(*) **IMPORTANT :** ce formulaire est réservé aux adhérents bénéficiaires des garanties **Unéo Monde-Initiale, Unéo Monde-Globale, Unéo Monde-Intégrale.** Pour le paiement des prestations relatives **aux autres garanties santé Unéo,** il convient de renseigner le formulaire **U04**

Votre identité

☐ Mme ☐ M. Nom

Prénom

Nom de famille(1)

(1) Nom figurant sur votre acte de naissance

Vos coordonnées personnelles

Adresse

Code postal Ville

Pays d'affectation, de résidence ou d'exercice **(si pays étranger)**

Téléphone fixe Téléphone portable

E-mail(*)

(*) 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.

Compte **en Zone SEPA**(2) : coordonnées du compte bancaire à créditer pour le versement des prestations

Nom du titulaire du compte

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

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

Compte **hors Zone SEPA** : coordonnées du compte bancaire à créditer pour le versement des prestations

Nom du titulaire du compte

Nom et adresse complète de l'établissement bancaire

Signature (N'oubliez pas de joindre au présent formulaire un relevé d'identité bancaire)

☐ 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 de rectification des données vous concernant, pouvant s'exercer auprès du correspondant informatique et libertés de la mutuelle Unéo. Les données collectées font l'objet d'un traitement informatique pour permettre à Unéo et à ses partenaires de gérer votre contrat. Elles sont indispensables à cet effet et pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information sur l'offre Unéo, veuillez cocher la case ci-contre. ☐

Ces données pourront être cédées aux partenaires de la Mutuelle à des fins de prospection. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre. ☐

Signature de l'adhérent(e)

(2) **Compte Zone SEPA :** Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre (partie grecque), Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Croatie, Bulgarie, Danemark, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Royaume Uni, Suède, Islande, Norvège, Liechtenstein, Suisse. Pacifique : Nouvelle-Calédonie, Polynése Française, Wallis et Futuna.

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscriteau répertoire Sirene sous le n° 503 380 081 - 48 rue Barbès - 92544 Montrouge cedex.

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U05

U_FORM_U05_1304_MAJ1707

Assurance décès - Contrat collectif n°124640047

Désignation de **bénéficiaire(s)**

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

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 JJMMAAAA (par exemple : 15 août 1989 ▶ 15081989)**

Votre numéro d'adhérent ▶

Votre identité

☐ Mme ☐ M. Nom(1)

Prénom

Nom de famille(2)

Date de naissance

Vos coordonnées personnelles

(1) Joindre impérativement à votre envoi une copie de votre pièce d'identité en cours de validité - (2) Nom figurant sur votre acte de naissance

Adresse

Code postal Ville

Téléphone fixe(1) Téléphone portable(1)

E-mail(2)

(1) Facultatif. (2) 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.

Je soussigné(e), désigne comme bénéficiaire(s) au titre de la garantie Décès :

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

- Les dates de naissance ne sont à renseigner que si vous désignez les bénéficiaires par leurs noms et prénoms.

☐ Mme ☐ M. Nom ou organisme(1)

Prénom

Nom de famille(2)

Né(e) le Lieu de naissance Dépt.

Adresse

Code postal Ville

Ordre de priorité(3) **Répartition du capital(3)** %

(1) Voir explications au verso - (2) Nom figurant sur l'acte de naissance - (3) Voir explications au verso

☐ Mme ☐ M. Nom ou organisme(1)

Prénom

Nom de famille(2)

Né(e) le Lieu de naissance Dépt.

Adresse

Code postal Ville

Ordre de priorité(3) **Répartition du capital(3)** %

(1) Voir explications au verso - (2) Nom figurant sur l'acte de naissance - (3) Voir explications au verso

☐ Mme ☐ M. Nom ou organisme(1)

Prénom

Nom de famille(2)

Né(e) le Lieu de naissance Dépt.

Adresse

Code postal Ville

Ordre de priorité(3) **Répartition du capital(3)** %

(1) Voir explications ci-dessous - (2) Nom figurant sur l'acte de naissance - (3) Voir explications ci-dessous

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 des données vous concernant, pouvant s'exercer auprès du correspondant informatique et libertés de la mutuelle Unéo. Les données collectées font l'objet d'un traitement informatique pour permettre à Unéo et à ses partenaires de gérer votre contrat. Elles sont indispensables à cet effet et pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. **Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information sur l'offre Unéo, veuillez cocher la case ci-contre.** ☐

Ces données pourront être cédées aux partenaires de la mutuelle à des fins de prospection. **Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre.** ☐

Signature de l'adhérent(e) (obligatoire) précédée de la mention « Lu et approuvé »

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 503380081- 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex - **Mutex**, assureur des garanties dépendance et décès, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 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 Taitbout - 75436 Paris cedex.
U_FORM_U05_1801_Réf. 2173.1—Juin 2018

Conformément à l'article L132-3 du Code des assurances, il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

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 à mon concubin notoire ou mon partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut à mes enfants, nés ou à naître, par parts égales entre eux, vivants ou représentés, à défaut à mes ascendants par parts égales entre eux, à défaut, à 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 l'organisme assureur, 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 l'organisme assureur pour lui être opposable.

IMPORTANT :
• pour un assuré mineur de plus 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.