



Demande de rattachement

(garanties Unéo-International)

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

U02i
U_FORM_U02i_1901



Unéo - Service Fichier - 48, rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex - Tél. : 0 970 809 709 (du lundi au vendredi, de 8 h à 18 h - 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 JUMMAAAA (par exemple : 15 août 1989 ► 15081989)

Votre numéro d'adhérent ► _____

La demande de rattachement ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signée.

Votre identité

M^{me} M. Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance(*) _____

(*) 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 :

M^{me} M. Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance(*) _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ N° de Sécurité sociale (information obligatoire) _____ 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 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-Initiale" et "Unéo Monde-Globale" ne peuvent être souscrites par les adhérents résidents 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 âgé(e) de moins de 65 ans et ne pas être Invalide 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie et/ou GIR 1 ou 2 et/ou bénéficiaire de l'APA 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'acquiesce de la cotisation obligatoire correspondante.

Je déclare sur l'honneur, au titre de la garantie Maintien d'autonomie/dépendance, être âgé(e) 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 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie et/ou GIR 1 ou 2 et/ou bénéficiaire de l'APA 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'acquiesce de la cotisation obligatoire correspondante.

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

Désignation standard (clause type, voir ci-dessous) Désignation particulières : renseigner le formulaire « Désignation de bénéficiaire(s) U05 »

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

Le ____ / ____ / ____

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.

QUE SIGNIFIE INVALIDITÉ DE 2^{ÈME} OU 3^{ÈME} CATÉGORIE ?

Conformément à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale, est considérée comme :
 • **invalide de 2^{ème} catégorie** : la personne absolument incapable d'exercer une profession quelconque,
 • **invalide de 3^{ème} 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 2^{ème} ou 3^{ème} 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.



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 (information obligatoire) _____ **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 (information obligatoire) _____ **Clé** ____ **Handicap** **Tutelle**

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

Rattachement de mon(mes) ayant(s)-droit à ma(mes) mutuelle(s) d'accompagnement social

- Je demande le rattachement de mon(mes) ayant(s)-droit à ma(mes) mutuelle(s) d'accompagnement social.
- Je déclare avoir pris connaissance et reçu les statuts de ma(mes) mutuelle(s) d'accompagnement social concernée(s) y compris les taux et montants de cotisation⁽⁸⁾.

(8) Informations disponibles sur le site Internet de la mutuelle d'accompagnement social choisie : www.mutuelle-gendarmerie.fr ; www.mnm.fr ; www.maa-mutuellearmedelair.fr

Signature de l'adhérent

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.

- Je reconnais l'exactitude des éléments mentionnés et déclare avoir reçu et avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle Unéo, du/des documents(s) d'information sur le produit d'assurance, des notices d'information et/ou règlement mutualiste des garanties souscrites ci-dessus.

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 cette 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 et/ou la notice d'information des garanties souscrites ci-dessus.

Le ____ / ____ / _____ Fait à _____

En tant que militaire et mutualiste, Unéo est référencée depuis 2011 par le ministère des Armées. Dans ce cadre, nous sommes particulièrement vigilants à l'intégrité, la disponibilité et la confidentialité de vos données personnelles. Ainsi, votre Mutuelle s'engage à ne jamais les transmettre à ses partenaires. Dans la continuité de son devoir de conseil, Unéo vous présentera de nouveaux produits et services, sélectionnés pour vous. La Mutuelle vous adressera ainsi de nouvelles opportunités à des moments choisis.

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

J'accepte de les recevoir par voie électronique.

- Vous pourrez en être informé par d'autres moyens de contacts (si vous ne le souhaitez pas, barrez les mentions suivantes : Téléphone – Courrier). Vous disposez de la possibilité de modifier et d'affiner vos choix à tout moment, notamment sur le site Unéo via votre espace adhérent.

Unéo a désigné un interlocuteur à la protection des données personnelles de ses adhérents. Pour toute information, vous pouvez vous adresser à son Délégué à la Protection des Données (DPD) par courrier au 48 rue Barbès 92544 Montrouge Cedex ou par courriel à : protection.des.donnees@groupe-uneo.fr. Vous pourrez également exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de portabilité, de suppression et définir des directives pour vos données en cas de décès. Lors de votre adhésion à Unéo, la Mutuelle s'engage à ne collecter auprès de vous que les informations indispensables à la gestion de votre contrat. Elles sont conservées (selon leur type) pendant toute la durée de vie du contrat et pendant la durée légale qui suit son terme. Pour les opérations liées au contrat, vous consentez librement à ce que ces données puissent être partagées entre Unéo et ses sous-traitants pour les seuls besoins du contrat. Pour être à même de répondre aux obligations légales et de réduire les risques inhérents à son activité, Unéo 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. Vous pouvez vous reporter à la documentation contractuelle d'Unéo pour disposer de plus d'information sur vos droits et les modalités d'application de la protection de vos données.

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).