



Demande d'adhésion et de modification à une garantie Unéo-Ciblage :
Prévoyance-Militaire, Revenu-Militaire
Primes ou Revenu-Militaire Extension 95 %

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

UC01PM

U_FORM_UC01PM_1812



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**

Cette demande ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signée.

Êtes-vous déjà adhérent Unéo ? Oui Numéro d'adhérent Unéo Non (remplir la fiche d'identification U01FI)

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

Vous êtes

Nom

Prénom Né(e) le / /

Militaire Réserviste opérationnel ESR Civil de la Défense ou de la gendarmerie amené à partir en mission Élève en établissement militaire

Téléphone⁽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.

Votre choix de garanties (le détail de celles-ci est précisé dans le Règlement Mutualiste « Unéo-Ciblage »)

1) Garantie Prévoyance-Militaire (réservée aux militaires, réservistes opérationnels ESR, élèves en établissement militaire, civils de la défense ou de la gendarmerie partant en mission)

Pour adhérer à cette garantie, **remplissez le formulaire médical confidentiel U01QM** selon les conditions précisées sur celui-ci et **cochez** :

<p>1 niveau de garantie (Toutes causes ou Tout Accident)</p> <p>Niveau de garantie</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes Causes ou <input type="checkbox"/> Tout Accident</p>	ET	<p>1 niveau de couverture (Formule 1, 2, 3 ou 4)</p> <p>Niveau de couverture</p> <p><input type="checkbox"/> Formule 1 ou <input type="checkbox"/> Formule 2 ou <input type="checkbox"/> Formule 3 ou</p>
--	-----------	---

Garantie « Spécial mission »

Si vous avez **coché la garantie « Tout Accident »** et partez en mission, vous pouvez souscrire à la garantie « Spécial Mission »⁽²⁾.
Important : Votre mission doit être **justifiée par l'autorité militaire** avec une **date de début et de fin**.

Niveau de garantie

Spécial mission (adhésion valable uniquement si vous avez choisi la garantie « Tout Accident »)

Niveau de couverture

Votre niveau de couverture sera similaire à la formule choisie dans la garantie « Tout Accident ».

(2) La garantie « Spécial Mission » est réservée aux adhérents ayant coché la garantie « Tout Accident » et s'applique uniquement pour la durée de la mission.
Un ordre de mission ou un formulaire UC14 (attestation de départ en mission) signé par l'autorité militaire doit nous être adressé pour chaque départ en mission.

Afin de valider votre adhésion à la garantie Prévoyance-Militaire, cochez la case ci-dessous :

En souscrivant à cette garantie, je certifie ne pas être en congé longue durée pour maladie (CLDM), congé de longue maladie (CLM) ou congé du blessé.

Date d'effet souhaitée⁽³⁾ / /

(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.
En cas de formalités médicales à l'adhésion prévues dans la documentation contractuelle afférente, la date d'effet pourra être postérieure à la date de signature du présent formulaire.

Vos prestations d'assistance

Quel que soit le niveau de garantie choisie, vous bénéficiez de prestations d'assistance en inclusion⁽⁴⁾.

(4) Contrat souscrit auprès d'IMA Assurances, le détail des prestations d'assistance est précisé dans la notice d'information s'y rapportant.

Vos bénéficiaires en cas de décès

Désignation standard : mon conjoint survivant, concubin notoire ou partenaire de 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 héritiers, par parts égales, en application des règles de dévolution successorale légales.

Désignation particulière de bénéficiaire(s) : remplissez **obligatoirement** le formulaire « désignation de bénéficiaire(s) n°UC05 »



**2) Garantie Revenu-Militaire Primes** (réservée aux militaires, réservistes opérationnels ESR ou élèves en établissement militaire, susceptibles de percevoir, en raison de leur fonction, une ou plusieurs primes, indemnités ou compléments)

Pour adhérer à cette garantie, **remplissez le formulaire médical confidentiel U01QM** selon les conditions précisées sur celui-ci et **cochez la case ci-dessous** et **précisez le montant net d'indemnisation mensuelle souhaité**.

Je souscris à la garantie Revenu-Militaire Primes. En cochant cette case je certifie ne pas être en congé longue durée pour maladie (CLDM), congé de longue maladie (CLM) ou congé du blessé, congé maladie ou en inaptitude médicale au travail.

Je souhaite percevoir une indemnisation mensuelle d'un montant de : € net par mois

Ce montant doit être compris entre 100 € et 2500 € (par tranche de 100 €) et ne peut dépasser le montant de vos primes perçues.

Date d'effet souhaitée⁽¹⁾ / /

(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. En cas de formalités médicales à l'adhésion prévues dans la documentation contractuelle afférente, la date d'effet pourra être postérieure à la date de signature du présent formulaire.

3) Garantie Revenu-Militaire Extension 95 % (réservée aux militaires, réservistes opérationnels ESR ou élèves en établissement militaire n'ayant pas adhéré à une garantie santé Unéo-Référence ou Unéo-International)

Pour adhérer à cette garantie, **cochez la case ci-dessous**.

Je souscris à la garantie Revenu-Militaire Extension 95 %. En cochant cette case, je certifie ne pas être en congé longue durée pour maladie (CLDM), congé de longue maladie (CLM), congé du blessé, ou congé maladie.

Date d'effet souhaitée⁽²⁾ / /

(2) 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. En cas de formalités médicales à l'adhésion prévues dans la documentation contractuelle afférente, la date d'effet pourra être postérieure à la date de signature du présent formulaire.

Votre paiement de cotisations

Si vous êtes déjà adhérent auprès d'Unéo, vous acceptez que vos cotisations soient prélevées selon les modalités actuelles.

Si tel n'est pas le cas, veuillez remplir le formulaire de mandat de prélèvement SEPA « U03 » pour le paiement de vos cotisations.

Votre signature

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

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 reconnais avoir reçu la fiche info conseil retraçant mes besoins et exigences et avoir compris le conseil formulé.

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.

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.

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

Pièces à joindre à mon dossier d'adhésion

- Relevé d'identité bancaire
- Fiche d'identification « U01 Fi » (si vous n'êtes pas déjà adhérent d'Unéo)
- Mandat de prélèvement SEPA « U03 » (si vous n'êtes pas déjà adhérent d'Unéo)
- 3 derniers bulletins de solde/traitement (si vous souscrivez à la garantie Revenu-Militaire Primes et/ou Revenu-Militaire Extension 95%)
- Formulaire Médical Confidentiel « U01QM » (si vous souscrivez à la garantie Prévoyance Militaire et/ou Revenu-Militaire Primes)
- Désignation de bénéficiaire(s) « UC05 » (si désignation particulière cochée pour Unéo-Ciblage Prévoyance-Militaire)
- Ordre de mission ou formulaire d'attestation de départ en mission « UC14 » signé par l'autorité militaire (si vous souscrivez à la garantie Prévoyance-Militaire « Spécial mission »)

Je retourne mon dossier d'adhésion à l'adresse suivante : **Unéo - Service Fichier – 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex.**



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.

Évèn.

U01QM
U_FORM_U01QM_1812



Unéo - À l'attention exclusive de la Cellule Médicale - 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
Ce formulaire ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signé.

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⁽¹⁾ _____

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

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

(1) Nom figurant sur l'acte de naissance. (2) 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 Prévoyance-Personnelle	Répondre aux 3 premières questions Si au moins un « oui » répondre aux 11 questions	Répondre aux 11 questions du formulaire

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

Pour vous aider, voici quelques exemples :

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

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

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

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



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

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

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

Signature

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

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

Le ____ / ____ / _____ Fait   _____

Un o 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 Un o, 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 Un o 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, 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. Vous pouvez vous reporter à la documentation contractuelle d'Un o pour disposer de plus d'information sur vos droits et les modalités d'application de la protection de vos données.

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »



Règlement Mutualiste Unéo-Ciblage Désignation de bénéficiaire(s)

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

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

UC05

U_FORM_UC05_1812



Unéo - Service prévoyance - 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

- 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 ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signé.

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

Je soussigné(e)

M^{me} M. Nom⁽¹⁾ _____

Prénom _____

Nom de naissance⁽²⁾ _____

Date de naissance ____ / ____ / _____ N° de Sécurité sociale (information obligatoire) _____ Clé _____

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

Merci de préciser la garantie :

Prévoyance-Militaire Formule 1 Formule 2 Formule 3 Formule 4

Prévoyance-Personnelle Formule 1 Formule 2 Formule 3 Formule 4

M^{me} M. Nom ou organisme⁽³⁾ _____

Prénom _____

Nom de naissance⁽²⁾ _____

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

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

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

M^{me} M. Nom ou organisme⁽³⁾ _____

Prénom _____

Nom de naissance⁽²⁾ _____

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

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

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

(1) Joindre impérativement une copie de votre pièce d'identité en cours de validité. (2) Nom figurant sur l'acte de naissance. (3) Voir explications au verso.





Attestation de départ en mission

Règlement Mutualiste Unéo-Ciblage

Ce formulaire est à joindre à votre demande d'adhésion à Prévoyance-Militaire pour toute souscription au niveau de garantie « Mission ».

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

UC14
U_FORM_UC14_1812



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

Votre numéro d'adhérent Unéo ►

Ce formulaire est à remplir uniquement en cas d'impossibilité de fournir l'ordre de mission ou la lettre de mission délivrée par l'autorité hiérarchique.

Il est ordonné à :

Nom

Prénom

Grade

Date de naissance / /

Air Gendarmerie Marine Services communs SSA Terre Autre Mousse/Arpète

Civils de la Défense

De participer à la mission suivante :

OPEX

OPINT

MCD

Exercice du service spécial en Gendarmerie

Date de début de la mission : / /

Date de fin envisagée de la mission⁽¹⁾ : / /

(1) Si non confidentielle

Je certifie l'exactitude des éléments mentionnés

Autorité ordonnant la mission :

Fait à

Grade

Le

Nom.....

Signature

Cachet de l'autorité militaire

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.

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.

REF.2019-0022-4_1812



M^{me} M. Nom ou organisme⁽¹⁾ _____

Prénom _____

Nom de naissance⁽²⁾ _____

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

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

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

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

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 _____

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.

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

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.



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

Ayant droit n°...

Mme M. Nom _____
 Prénom _____ Né(e) le ____ / ____ / _____
 Sécurité sociale : Régime de base⁽¹⁾ : N°(2) _____ Clé _____

Ayant droit n°...

Mme M. Nom _____
 Prénom _____ Né(e) le ____ / ____ / _____
 Sécurité sociale : Régime de base⁽¹⁾ : N°(2) _____ Clé _____

Ayant droit n°...

Mme M. Nom _____
 Prénom _____ Né(e) le ____ / ____ / _____
 Sécurité sociale : Régime de base⁽¹⁾ : N°(2) _____ Clé _____

Signature

Je certifie l'exactitude des éléments mentionnés.

Le ____ / ____ / _____ Fait à _____

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.

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

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

PIÈCES À FOURNIR POUR VOTRE ADHÉSION

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