



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

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

UC15

U_FORM_UC15_REF.2019-0019-2



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

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.

Conditions d'adhésion :

- Bénéficiaire d'une complémentaire santé responsable et solidaire avec un Régime de Sécurité sociale français, y compris la CPS et la CAFAT.
- Ne pas être titulaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et/ou de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS).
- Ne pas disposer, auprès de la Mutuelle, de l'une des garanties suivantes : garanties santé optionnelles, offres santé internationales, surcomplémentaire santé.

Important : La demande d'adhésion ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signée

Vous êtes

Nom

Prénom Né(e) le / /

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 »)

Vous pouvez choisir de souscrire à **1, 2 ou 3 garanties**, pour **vous-même et/ou vos ayants droit**.

Votre demande d'adhésion :

Garantie(s) souhaitée(s) : Santé-Optique & Dentaire Santé-Honoraires & Hospitalisation Santé-Militaires & Sportifs

Date d'effet souhaitée⁽²⁾ / /

Demande d'adhésion de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire de PACS, de votre/vos enfant(s) ou du/des enfant(s) de votre conjoint(e), partenaire de PACS ou concubin(e) ou autres ayants droit tels que définis dans le Règlement mutualiste «Unéo-Ciblage» en vigueur :

	Nom	Prénom	Date de naissance	Garantie souhaitée (vous pouvez choisir 1, 2 ou 3 garanties)			Date d'effet souhaité ⁽²⁾
				Santé-Optique & Dentaire	Santé-Honoraires & Hospitalisation	Santé-Militaires & Sportifs	
Conjoint(e) Concubin(e) Pacsé(e)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayant droit n°1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayant droit n°2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayant droit n°3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayant droit n°4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayant droit n°5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

⁽²⁾ A défaut d'indication, l'adhésion prendra effet à la date de signature du présent formulaire. La date d'effet de l'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire.

Compte tenu de mon adhésion à la garantie Unéo-Ciblage Santé, je demande la résiliation de ma garantie optionnelle « Renfort jeune, Renfort famille, Renfort senior ou Renfort plus » à compter de la prise d'effet de ma présente demande d'adhésion. Je suis informé que cette garantie optionnelle cessera pour moi-même ainsi que pour mes éventuels ayants droit.





Vos prestations d'assistance

En choisissant la garantie **Santé-Honoraires & Hospitalisation**, vous bénéficiez de prestations d'assistance en inclusion⁽¹⁾.

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

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 faculté de renonciation

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

Votre signature

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 du règlement mutualiste « Unéo-Ciblage ».

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.

Signature du titulaire du compte, 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.

Pièces à joindre à mon dossier d'adhésion :

- ✓ Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du Membre Participant et/ou de ses ayants droit à protéger ou à défaut extrait de l'acte de naissance.
- ✓ Fiche d'identification « U01 Fi » (si le membre participant n'est pas déjà adhérent auprès d'Unéo).
- ✓ Justificatif d'affiliation du Membre Participant et/ou de ses ayants droit à un contrat complémentaire santé responsable et solidaire (si ce ou ces derniers n'ont pas de contrat santé Unéo).
- ✓ Mandat de prélèvement SEPA « U03 » (si le membre participant n'est pas adhérent auprès d'Unéo).
- ✓ Relevé d'identité bancaire (RIB) du membre participant et le cas échéant des ayants droit de plus de seize ans.
- ✓ Copie de l'attestation de la carte vitale du Membre Participant et/ou de ses ayants droits à protéger.

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

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. 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 79033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. REF.2019-0019-2_1812



Mandat de prélèvement SEPA

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.	Évén. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	U03 U_FORM_U03_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

- 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
- Le formulaire ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signé

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

M^{me} M. Nom

Prénom

Nom de naissance⁽¹⁾

Date de naissance / /

Vos coordonnées personnelles

Adresse

Code postal Ville

Téléphone fixe ou portable⁽²⁾ Email⁽²⁾

(1) Nom figurant sur votre 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.

- 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

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 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.
REF.2019-0016-5_1812



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.



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				