

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-International¹).

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 Statuts¹ et au règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International¹ 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 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 :

- formulaire² « 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)* :

- formulaire² « 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) ».

* - Voir conditions dans le règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International en vigueur¹.

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 Unéo¹.

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 2^E OU 3^E CATÉGORIE ?

Conformément à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale, est considérée comme :

- invalide de 2^e catégorie : la personne absolument incapable d'exercer une activité quelconque,
- invalide de 3^e 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^e ou 3^e 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 les cotisations et de la SIB annuelle pour les prestations.

** 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 - 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 activité².

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 7.12 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 ASSISTANCE¹

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

- proposer des solutions de garde de l'aidé² ;
- soulager le quotidien de l'aidé et de l'aidant² ;
- 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.

ASSISTANCE UNÉO MONDE³

Vous bénéficiez de garanties d'assistance et de santé à titre accessoire qui s'appliquent dans le monde entier et comprennent 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.

3 - 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'étranger⁴ ;
- 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.

4 - 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 ».

Documentation commerciale – 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 - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex - Son organisme de contrôle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) dont le siège se situe 4 Place de Budapest - CS 92459 - 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), 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - LA SUITE & CO
REF.2019-0018-2.1901



Unéo-International

Demande d'adhésion pour le civil de la défense ou le réserviste

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

U01Ci
U_FORM_U01CI_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

Administratif

Votre situation personnelle

- 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).
- La demande d'adhésion ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signée.

M^{me} M. Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance⁽¹⁾ _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ N° de Sécurité sociale (information obligatoire) _____ Clé ____

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

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays de résidence⁽²⁾ ou d'exercice _____

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

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) 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.

Votre situation professionnelle

Emploi dans le milieu militaire : Civil de la Gendarmerie Civil de la Défense ESR (Engagement à Servir dans la Réserve) Sans emploi

Ou civil : Artisan Cadre d'entreprise privée Cadre d'entreprise, fonction publique Chef d'entreprise Commerçant Employé d'entreprise privée Enseignant, chercheur

Employé d'entreprise, fonction publique Exploitant agricole Ouvrier Profession artistique Personnel des services aux particuliers Profession libérale Technicien Retraité

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⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾ Unéo Monde-Globale⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾ Unéo Monde-Intégrale⁽⁴⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Optimonde★★⁽⁴⁾⁽⁸⁾

Adhésion souhaitée le⁽⁹⁾ : ____ / ____ / ____ (9) La date d'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire.

(4) Les garanties santé 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 Iles Kerguelen. - (5) 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. - (6) 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 États-Unis d'Amérique. - (7) La gestion de ces garanties est déléguée à MSH International. - (8) 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.

Service GRATUIT POUR VOUS FACILITER LA VIE

Ce service est inclus avec votre garantie santé de base (Voir les « informations pratiques »)

Unéo Monde Assistance/Rapatriement, contrat souscrit auprès d'IMA Assurances⁽⁹⁾

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

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.

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 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie⁽¹⁰⁾ et/ou GIR 1 ou 2⁽¹⁰⁾ et/ou bénéficiaire de l'APA⁽¹⁰⁾ 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 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⁽¹⁰⁾ et/ou GIR 1 ou 2⁽¹⁰⁾ et/ou bénéficiaire de l'APA⁽¹⁰⁾ 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.

(10) Voir définitions dans les « informations pratiques ».



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

- Désignation standard : clause type, voir « informations pratiques » Désignation particulière : renseigner le formulaire « Désignation de bénéficiaire(s) U05 »

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.

Rente éducation

- Adhésion 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 7.12 des statuts de la Mutuelle) à l'exclusion de ceux placés en maintien d'adhésion et de ceux bénéficiant de la CMU-C.



Accompagnement ENGAGEONS-NOUS AVEC LES MÊMES VALEURS

Mon accompagnement social

- Caisse Nationale du Gendarme⁽¹⁾ (CNG) Mutuelle Nationale Militaire⁽²⁾ (MNM) Mutuelle de l'Armée de l'Air⁽³⁾ (MAA)

- Je déclare avoir pris connaissance et reçu les statuts de la mutuelle d'accompagnement social concernée, y compris les taux et montants de cotisations concernées⁽⁴⁾.

Adhésion souhaitée le⁽⁵⁾ / /

Le / / Fait à

Votre mutuelle d'accompagnement social s'engage à ne jamais transmettre vos données personnelles à ses partenaires. Votre mutuelle d'accompagnement social vous présentera de nouveaux produits et services, sélectionnés pour vous.

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.

Votre mutuelle d'accompagnement social 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 votre mutuelle d'accompagnement social, 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 votre mutuelle d'accompagnement social 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, votre mutuelle d'accompagnement social 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 de votre mutuelle d'accompagnement social pour disposer de plus d'information sur vos droits et les modalités d'application de la protection de vos données.

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

Délai de renonciation

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



Signature

Signature de votre adhésion à Unéo

- 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.

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.



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'acquitte 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'acquitte 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).



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.



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

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.	Évén.	U04i FORM_U04L_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
- 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 1989 > 15081989)

Votre numéro d'adhérent ►

Ce document ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signé.

(*) 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

M^{me} M. Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance⁽¹⁾ _____

Vos coordonnées personnelles

(1) Nom figurant sur votre acte de naissance

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

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

Téléphone fixe ou portable⁽¹⁾ _____ Email⁽²⁾ _____

(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.

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 _____

Pays _____

Numéro de compte _____

Code Swift/Code Sort/Bic _____

Devise _____

USA: ABA/Routing Code _____ Canada : Transit Code _____

Autres codes (BSB pour l'Australie, Branch Code pour l'Afrique du Sud et Nouvelle-Zélande, etc.) _____

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

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 du titulaire du compte

⁽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, Polynésie Française, Wallis et Futuna.



Désignation de bénéficiaire(s)

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

Recrut.

Évén.

U05

U_FORM_U05_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 JJMMAAAA (par exemple : 15 août 1989 ► 15081989)

Votre numéro d'adhérent

Ce document ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signé.

Votre identité

M^{me} M. Nom⁽¹⁾ _____

Prénom _____

Nom de naissance⁽²⁾ _____

Date de naissance ____ / ____ / _____

Vos coordonnées personnelles

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

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

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.

M^{me} M. Nom ou organisme _____

Prénom _____

Nom de naissance⁽²⁾ _____

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

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Ordre de priorité⁽⁴⁾ ____ Répartition du capital⁽⁴⁾ _____ %

M^{me} M. Nom ou organisme _____

Prénom _____

Nom de naissance⁽²⁾ _____

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

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Ordre de priorité⁽⁴⁾ ____ Répartition du capital⁽⁴⁾ _____ %

(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. (3) 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. (4) Voir explications au verso.





M^{me} M. Nom ou organisme _____

Prénom _____

Nom de naissance ⁽¹⁾ _____

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

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Ordre de priorité⁽²⁾ ____ Répartition du capital⁽²⁾ _____ %

(1) Nom figurant sur l'acte de naissance. (2) 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 _____

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 »

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 - 140 Avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex. Son organisme de contrôle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. REF. 2019-0017-4_1812

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 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 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 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.