



**Demande d'adhésion et de modification au contrat Unéo-Engagement**  
Santé-Internationale, Santé et Prévoyance,  
Unéo-Soutien Pass Optimonde et Autonomie

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.	Évèn.	UE01Mi U_FORM_UE01Mi_1902	
---------	-------	------------------------------	--

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**  
La demande de changement de garantie 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 changement de garantie<sup>(1)</sup>  J'accepte qu'Unéo reprenne les informations me concernant et connues à la date de signature du présent formulaire.

**Vous êtes**

Nom

Nom de naissance<sup>(2)</sup>

Prénom  Né(e) le  /  /

Téléphone fixe ou portable<sup>(3)</sup>  Email<sup>(3)</sup>

Militaire actif (y compris élève)  Civil de la Défense ou personnel civil de la gendarmerie en activité (y compris stagiaire)  Veuf(ve)<sup>(4)</sup>  
 Réserviste opérationnel ESR  Civil de la défense retraité  Orphelin<sup>(4)</sup>  Militaire pensionné

**Unéo-Engagement / Pass Optimonde**

Pour adhérer à Unéo-Engagement, vous devez choisir d'une part votre garantie santé et d'autre part votre garantie prévoyance (si vous êtes éligible).

**Unéo-Engagement Santé-Internationale<sup>(1)</sup>:**

**1. Vous êtes affecté(e) ou résidez à l'étranger**

Pays d'affectation

Vous demandez l'adhésion à :

**Santé-Internationale** pour vous même et l'ensemble de vos ayants droit résidant à l'étranger (cf fiche d'identification ou déjà rattachés)  
 **Santé-Internationale** pour vous même **ET** vous demandez l'adhésion de l'ensemble de vos ayants droit (cf fiche d'identification ou déjà rattachés) résidant en France à (cochez une seule case) :  
 Santé-Objectif 1  Santé-Objectif 2  Santé-Objectif 3

**2. Vous résidez en France et au moins l'un de vos ayants droit réside à l'étranger**

Vous demandez l'adhésion aux garanties suivantes :

	Pour vous-même et vos ayants droit résidant en France <sup>(5)</sup> <b>(cochez une case)</b>	ET	pour vos ayants droit résidant à l'étranger, listés ci-dessous <b>(cochez une case)</b>
Santé-Internationale			<input type="checkbox"/>
Santé-Objectif 1	<input type="checkbox"/>		
Santé-Objectif 2	<input type="checkbox"/>		
Santé-Objectif 3	<input type="checkbox"/>		

Ayants droit sur la garantie Santé-Internationale :

Nom  Prénom

Nom  Prénom

Nom  Prénom

**Unéo-Engagement Prévoyance<sup>(1)</sup> :**

Réservée aux militaires actifs (y compris les élèves), réservistes opérationnels ESR, civils de la Défense ou personnels civils de la gendarmerie en activité (y compris stagiaire).

Prévoyance-Position A  Prévoyance-Position A+  Prévoyance-Position B  Prévoyance-Position B+

Pour les militaires et les agents nouvellement engagés ne disposant pas de trois bulletins de solde/traitement, veuillez renseigner votre indice de solde/de traitement : .....

Sinon, veuillez indiquer le traitement brut de référence mensuel (primes incluses) des trois derniers mois :  
..... € ..... € ..... €

**Remplissez le Formulaire Médical Confidentiel U01QM suivant les instructions qui y sont détaillées.**

Date d'entrée en fonction au ministère des Armées, en gendarmerie nationale ou dans la fonction publique :  /  /

Affectation ou école : .....

(1) Dans le respect des conditions de la notice d'information afférente. (2) Nom figurant sur l'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) D'un civil de la défense ou de la gendarmerie (actif ou retraité) décédé, d'un militaire décédé ou d'un ancien militaire décédé titulaire d'une pension de retraite. (5) À cocher uniquement si vous n'êtes pas déjà adhérent à Santé-Objectif 1 ou Santé-Objectif 2 ou Santé-Objectif 3.





## Désignation de bénéficiaires

- désignation standard à défaut de désignation particulière ou en cas de pré-décès de l'ensemble des bénéficiaires désignés :  
 - mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, 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, 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 autres héritiers, par parts égales, en application des règles de dévolution successorale légales.

ou  désignation particulière de bénéficiaire(s) : renseigner le formulaire « désignation de bénéficiaire(s) n° UE05M »

Date d'effet souhaitée<sup>(1)</sup>     /  /

## Pass Optimonde (facultatif) :

Vous demandez l'adhésion à Pass Optimonde<sup>(2)</sup> (cochez plusieurs cases si nécessaire) :

- Pour vous-même                       Pour le(s) ayant(s) droit rattaché(s) à la garantie Santé-Internationale.

Date d'effet souhaitée<sup>(3)</sup>     /  /                       Date de fin d'adhésion (si connue)<sup>(4)</sup>  /  /

## Paiement des cotisations

Les cotisations liées aux garanties Unéo-Engagement sont prélevées selon les modalités définies dans le formulaire « U03 – Mandat de prélèvement SEPA », que vous devez renseigner obligatoirement.

Je suis informé(e) et j'accepte que les cotisations liées à la garantie Pass Optimonde soient prélevées par Unéo selon les mêmes modalités que celles d'Unéo-Engagement.

## 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 suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information d'Unéo Engagement.

- Compte tenu de mon adhésion au contrat Unéo-Engagement, je résilie mon adhésion à la garantie frais de santé métropole (Utile, Naturelle, Essentielle ou Optimale) ou internationale (Optimonde\*\*, Nouvelle-Calédonie ou Unéo-Monde). Je prends note que cette résiliation emportera également la résiliation des garanties Inaptitude à servir (IAS), Rente éducation, Maintien d'Autonomie/ Dépendance et Décès (Arméo), Rapatriement et Assistance, et le cas échéant, de la garantie optionnelle (Renfort Jeune, Renfort Famille, Renfort Senior et Renfort Plus) et du Renfort Arméo (si la garantie Autonomie n'est pas souscrite), à compter de la prise d'effet de ma présente adhésion. Je suis informé(e) que les garanties cesseront pour moi-même ainsi que pour mes éventuels ayants droit.

## 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/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.

- Je certifie l'exactitude des éléments mentionnés et déclare avoir reçu et avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle Unéo, de la notice d'information d'Unéo-Engagement et, le cas échéant, de la notice d'information de la garantie Pass Optimonde. 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.

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 **membre participant** (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.

(1) La date d'effet de l'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire. À défaut d'indication, la date d'effet sera la date de signature du présent formulaire. En cas de formalités médicales à l'adhésion prévues dans la notice d'information afférente, la date d'effet pourra être postérieure à la date indiquée sur le présent formulaire. (2) Assurée par IMA Assurances et dont les conditions sont définies dans la notice d'information afférente. (3) La date d'effet de l'adhésion ne peut être antérieure à la date de signature du présent formulaire. À défaut d'indication, la date d'effet sera la date de signature du présent formulaire. Sous réserve du paiement de la cotisation.

(4) Conformément à la notice d'information du Pass Optimonde, tout mois commencé sera dû.



## Contrat Unéo-Soutien Autonomie (facultatif)

Pour adhérer à Unéo-Soutien Autonomie, vous devez adhérer obligatoirement à Unéo-Engagement Santé.

### Unéo-Soutien Autonomie<sup>(1)</sup> :

Vous et votre conjoint devez être âgé(e) de 16 ans minimum et 75 ans maximum.

#### Formalités médicales

Remplissez la déclaration de bonne santé US05DBA ou le cas échéant le questionnaire médical complet US05QMA suivant les instructions qui y sont détaillées.

Je demande mon adhésion à Unéo-Soutien Autonomie  Je demande l'adhésion à Unéo-Soutien Autonomie pour mon conjoint, concubin, partenaire de PACS ayant la qualité d'ayant droit

#### Cotisation

Je suis informé(e) et j'accepte que les cotisations liées au contrat Unéo-Soutien Autonomie soient prélevées par Unéo selon les mêmes modalités que celles d'Unéo-Engagement<sup>(2)</sup>.

#### Date d'effet

L'adhésion à Unéo-Soutien Autonomie prend effet au jour de la prise d'effet de l'adhésion à Unéo Engagement Santé lorsqu'il n'y a pas de questionnaire médical et que l'adhésion est concomitante à celle d'Unéo-Engagement Santé<sup>(3)</sup>.

#### Information sur la faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion à la garantie Autonomie pendant trente jours calendaires à compter de la date d'émission figurant sur le Certificat d'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : Unéo - 48, rue Barbès - 92544 - Montrouge Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information. La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent de l'intégralité des sommes versées dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

#### 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/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](mailto: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 à la mutuelle souscriptrice précédée de la mention manuscrite « Je soussigné(e), atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus ».

Signature de l'assuré conjoint(e), partenaire pacsé ou concubin(e) précédée de la mention manuscrite « Je soussigné(e), atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus ».

(1) La garantie Unéo-soutien Autonomie est assurée par Mutex. Une Garantie assistance assurée par IMA Assurances. Les conditions de ces garanties et services sont détaillés dans les notices d'information afférentes. (2) Conformément aux dispositions de la notice du contrat Soutien Autonomie. (3) À condition que la première cotisation périodique ait bien été encaissée. Si l'adhésion à Unéo-Soutien Autonomie n'est pas concomitante à celle d'Unéo-Engagement Santé, la date d'effet sera la date de signature du bulletin d'adhésion à condition que la première cotisation périodique ait bien été encaissée.



## Accompagnement social

Je demande mon adhésion à la :

Caisse Nationale du Gendarme<sup>(1)</sup> (CNG)  Mutuelle Nationale Militaire<sup>(2)</sup> (MNM)  Mutuelle de l'Armée de l'Air<sup>(3)</sup> (MAA)

Je demande aussi l'adhésion à la mutuelle d'accompagnement social pour mes ayants droit.

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<sup>(4)</sup>.

Adhésion souhaitée le<sup>(5)</sup>  /  /

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 du **membre participant** (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](http://www.mutuelle-gendarmerie.fr) (2) Voir : [www.mnm.fr](http://www.mnm.fr). (3) [www.maa-mutuellearmeeelair.fr](http://www.maa-mutuellearmeeelair.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.

## Récapitulatif des pièces à fournir

	Unéo-Engagement Santé (Membre participant et ayants droit)	Unéo-Engagement Prévoyance (Membre participant)	Unéo-Soutien Autonomie (Membre participant et conjoint)
Fiche d'identification (si non adhérent Unéo uniquement) « U01Fi »	X	X	X
Demande d'adhésion « UE01Mi »	X	X	X
Copie de la carte d'identité ou du passeport	X	X	X
Copie de l'attestation de carte vitale	X		
Copie des trois derniers bulletins de solde ou de traitement		X	
Mandat de prélèvement SEPA « U03 »	X	X	X
Relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations (si non adhérent Unéo uniquement)	X		
Formulaire Médical Confidentiel « U01QM »		X	
Déclaration de bonne santé « US05DBA » et/ou Questionnaire Médical Complet « US05QMA »			X
Désignation de bénéficiaire «UE05M»		X	

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 503 380 081 - 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex. **Mutex**, assureur du contrat collectif à adhésion facultative Autonomie, société anonyme 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 Chatillon 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. **Caisse Nationale du Gendarme (CNG)** mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 784 442 873, 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex. **Mutuelle Nationale Militaire (MNM)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775 666 324, 48 rue Barbès - 92544 Montrouge cedex. **Mutuelle de l'Armée de l'Air (MAA)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 338 675, dont le siège social est situé 48 rue Barbès - 92544 Montrouge cedex. **IMA Assurances**, assureur de la garantie Pass Optimonde, 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 numéro 481 511 632. IMA Assurances est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

REF.2019-0016-12\_1902



**Contrat collectif Unéo-Engagement  
Santé et Prévoyance  
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.

**UE05M**  
U\_FORM\_UE05M\_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**  
Votre désignation de bénéficiaire ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signée.

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

**Je soussigné(e)**

M<sup>me</sup>  M. Nom<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de naissance<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N° de Sécurité sociale (information obligatoire) \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_

désigne comme bénéficiaire(s) au titre de la garantie Décès de **Unéo-Engagement** Prévoyance.

M<sup>me</sup>  M. Nom ou organisme \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de naissance<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Ordre de priorité<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ Répartition du capital<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ %

M<sup>me</sup>  M. Nom ou organisme \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de naissance<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Ordre de priorité<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ Répartition du capital<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ %

M<sup>me</sup>  M. Nom ou organisme \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de naissance<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Ordre de priorité<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ Répartition du capital<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ %

(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.





M<sup>me</sup>  M. Nom ou organisme \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de naissance<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Ordre de priorité<sup>(2)</sup> \_\_\_\_ Répartition du capital<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ %

(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](mailto: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 »

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 enregistrerons la clause type le temps que vous nous communiquiez votre nouvelle clause bénéficiaire.

Dans ce cas l'ordre successoral est la clause type : mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut 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.



# Mandat de prélèvement SEPA

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

**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<sup>me</sup>  M. Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de naissance<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Vos coordonnées personnelles

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe ou portable<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ Email<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

(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 au verso - Tournez la page SVP



## Conditions d'utilisation du mandat de prélèvement SEPA

- Le montant des prélèvements comprend les cotisations afférentes aux garanties relatives aux contrats souscrits auprès d'Unéo, et celles afférentes aux contrats collectifs à adhésion obligatoire ou facultative souscrits auprès de ses partenaires, dans les conditions figurant dans les notices ou règlements mutualistes correspondants.
- La cotisation relative à votre (vos) mutuelle(s) d'accompagnement : Caisse Nationale du Gendarme - Mutuelle de la Gendarmerie (CNG-MG), Mutuelle de l'Armée de l'Air (MAA) et Mutuelle Nationale Militaire (MNM) est prélevée semestriellement.
- Il est convenu, entre Unéo et l'adhérent, que l'échéancier, adressé à chaque fin d'année précisant la cotisation annuelle à venir, est considéré comme information du montant et de la date d'échéance des prélèvements futurs.  
Aussi, toute adhésion en cours d'année à la mutuelle ou toute modification des informations relatives aux caractéristiques du mandat de prélèvement et figurant sur l'échéancier transmis à l'adhérent, fera l'objet d'une information dans un délai minimal de 2 jours ouvrés avant la date d'échéance du premier prélèvement, appliquant les nouvelles modalités de règlement.
- L'adhérent devra adresser à la mutuelle Unéo - Service santé, prévoyance et cotisations - 48, rue Barbès 92544 Montrouge Cedex, tout justificatif de nature à modifier l'exécution du mandat notamment le montant des cotisations, et toutes modifications apportées aux données inscrites sur le mandat.
- La révocation du mandat par l'adhérent devra aussi être adressée par écrit à la mutuelle Unéo - Service santé, prévoyance et cotisations - 48, rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex, et à sa propre banque.
- Toute demande de prélèvement sur un nouveau compte bancaire entraîne la signature d'un nouveau mandat de prélèvement SEPA.  
De même, toute nouvelle demande de prélèvement suite à la révocation ou la caducité du présent mandat entraîne la signature d'un nouveau mandat de prélèvement SEPA.  
Chaque signature d'un nouveau mandat de prélèvement devra être accompagnée d'un relevé d'identité bancaire comportant les codes IBAN et BIC.
- Toute contestation ou arrêt d'un prélèvement n'annule pas le montant de la créance due par l'adhérent.







**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<sup>(1)</sup> : ..... N°(2) \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_

**Ayant droit n°...**

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Sécurité sociale : Régime de base<sup>(1)</sup> : ..... N°(2) \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_

**Ayant droit n°...**

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Sécurité sociale : Régime de base<sup>(1)</sup> : ..... 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
<b>Documents liés à votre situation professionnelle</b>					
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				
<b>Documents liés à votre situation personnelle</b>					
Orphelins	X			X	X
Veuf(ve)	X		X	X	
<b>Documents concernant vos ayants droit</b>					
Conjoints	X		X		
Enfants	X				



# Déclaration de Bonne Santé

## Unéo - Soutien Autonomie

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.	Évèn. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	US05DBA U_FORM_US05DBA_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](http://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 JJ/MM/AAAA (par exemple : 15 août 1989 ► 15/08/1989)
- Ce formulaire ne doit comporter ni rature, ni surcharge et doit être signé

Votre numéro d'adhérent ►

La Déclaration de Bonne Santé est à compléter et signer de la main de la personne à assurer.

### Votre identité<sup>(1)</sup>

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_

Nom de naissance<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.  
S'il est répondu OUI à l'une d'elles, un Questionnaire Médical devra être complété.  
Les formalités médicales sont détaillées dans la notice d'information.

- La différence entre votre taille (exprimée en cm) et votre poids (exprimé en kg) est inférieure à 80 et ou supérieure à 115 (exemple : taille 172 cm – poids 80 kg = 92).  oui  non
- Avez-vous besoin d'une aide humaine ou matérielle pour vous habiller, faire votre toilette, faire vos courses, préparer votre repas, vous déplacer à l'extérieur, vous lever, vous coucher, effectuer des démarches administratives ?  oui  non
- Etes-vous suivi(e) pour une des maladies suivantes : Troubles du rythme cardiaque, diabète, artérite, maladie psychique ou psychiatrique, syndrome d'apnée du sommeil (SAS), Maladie d'Alzheimer, Sclérose en plaques (SEP), maladie de Parkinson, maladie neurologique, maladie des muscles (myopathie) ?  oui  non
- Avez-vous présenté un accident vasculaire cérébral (AVC) ou toute autre affection cérébrale, avez-vous bénéficié d'une évaluation de la mémoire, consulté un neurologue au cours des 5 dernières années ?  oui  non
- Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié au cours des 5 dernières années d'un traitement pendant plus de 3 semaines consécutives pour une même maladie ?  
Avez-vous été hospitalisé(e) plus de 3 jours consécutifs au cours des 5 dernières années ?  oui  non
- Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (100%) ? une demande est-elle en cours ?  
Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une rente d'invalidité catégorie 2 ou 3 ou d'une incapacité supérieure ou égale à 20%, pour une maladie ou un accident, d'une carte adulte handicapé ou station debout pénible ou une demande est-elle en cours ?  oui  non

### Signature

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 du contrat d'assurance conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

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](mailto: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 la personne à assurer.

Cette déclaration est remplie impérativement par la personne à assurer. Je donne mon accord au traitement des informations de santé me concernant dans les conditions indiquées dans le présent document. Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce document que j'ai relues et suis informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances, et notamment la nullité de l'adhésion en cas de fausse déclaration intentionnelle.





# Questionnaire médical complet

## Autonomie



US05QMA  
U\_FORM\_US05QMA\_1901



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](http://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)

Numéro d'adhérent ►

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

### IMPORTANT, À LIRE AVANT DE COMPLÉTER

Si vous avez répondu «oui» à une ou plusieurs questions de la déclaration de bonne santé «US05DBA» : Répondez à l'ensemble des questions du Questionnaire médical complet ci-dessous ; Paraphez obligatoirement chacune des pages du Questionnaire médical complet et signez obligatoirement au verso ; Placez votre Questionnaire médical complet dans l'enveloppe à l'attention exclusive du médecin conseil de Mutex ; Envoyez votre demande d'adhésion ainsi que l'enveloppe fermée contenant le Questionnaire médical complet US05QMA à : Unéo - Service Fichier - 48, rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex.

### RAPPEL IMPORTANT

Ce questionnaire doit être entièrement complété par l'assuré(e) et accompagné des documents demandés. Tout questionnaire comportant des questions sans réponse sera renvoyé à l'intéressé(e) pour être complété. Les antécédents demandés dans ce questionnaire ne sont pas limités dans le temps.

#### Votre identité

M<sup>me</sup>  M. Nom

Prénoms

Nom de naissance<sup>(1)</sup>

Né(e) le  Âge  ans Lieu de naissance  Dépt.

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

#### Vos coordonnées personnelles

Adresse

Code postal  Ville

Téléphone fixe  Téléphone portable

#### Situation professionnelle

Profession actuelle  Salarié(e)  Oui  Non

Profession(s) antérieure(s)  Sans profession  Oui  Non

#### Situation de famille

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

### LISEZ ATTENTIVEMENT LE TEXTE CI-APRÈS :

MUTEX fonde ses engagements sur la bonne foi des déclarations ci-après, présumées exactes et sincères. Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, toute fausse déclaration, de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

### IMPORTANT : NOUS VOUS REMERCIONS DE RÉPONDRE À CHAQUE QUESTION ET DE DONNER CLAIREMENT TOUTES LES PRÉCISIONS UTILES.

Les blancs et les tirets ne constituent pas une réponse. Répondez par OUI ou par NON dans chaque case.

#### Conditions de vie

- Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ou d'incapacité pour maladie ou accident ?  Oui  Non  
Pour quel motif
- Précisez si vous habitez  Seul(e)  En famille  En maison de retraite médicalisée
- Pouvez-vous faire vos courses seul(e) ?  Oui  Non
- Pouvez-vous sortir seul(e) ?  Oui  Non
- Conduisez-vous régulièrement ?  Oui  Non
- Avez-vous une aide ménagère pour raison(s) médicale(s) ?  Oui  Non
- Si OUI, depuis quelle date ?  Pour quel motif ?
- Quels sont vos loisirs ?

1. Indiquez si vous avez :

1. Une infirmité, des séquelles d'accident, un handicap ?  Oui  Non

2. Une maladie régulièrement suivie ?  Oui  Non

Laquelle, depuis quand ?

3. Un essoufflement au moindre effort ?  Oui  Non

Donnez des précisions

4. Des difficultés pour :

• marcher  Oui  Non

• monter ou descendre des escaliers  Oui  Non

• porter des objets  Oui  Non

• écrire  Oui  Non

• faire votre toilette  Oui  Non

• vous chausser  Oui  Non

• mettre des bas ou des chaussettes  Oui  Non

2. Veuillez indiquer :

Votre taille (en cm)

Votre poids (en kg)

3. Prenez-vous un traitement médical ?  Oui depuis quand ?  Non

Si OUI, précisez :

✓ Joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie de la ou des dernières ordonnances.

4. Combien de fois par an consultez-vous ?

Le généraliste  Le rhumatologue  Le psychiatre

Le neurologue  Un autre spécialiste, précisez :

5. Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (100 %), ou une demande est-elle en cours ?

Si oui, depuis quand ?

Oui  Non Si OUI, affection prise en charge

✓ Joindre la photocopie de la notification.

6. Au cours des 10 dernières années :

Pour quel motif, et à quelle date ?

1. Avez-vous été hospitalisé(e) ?  Oui  Non

2. Avez-vous été opéré(e) ?  Oui  Non

3. Parmi les examens suivants, indiquez ceux que vous avez effectués :

Pour quel motif, et à quelle date ?

Echo-doppler artériel des jambes  Radiographies

Echo-doppler artériel du cou  Scanner

Electroencéphalogramme  IRM

D'autres examens médicaux Précisez

✓ Joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie des comptes rendus d'hospitalisation, des examens.

7. Dans les 12 prochains mois :

Pour quel motif, et à quelle date ?

1. Devez-vous être hospitalisé(e) ?  Oui  Non

2. Devez-vous être opéré(e) ?  Oui  Non

3. Devez-vous effectuer certains des examens médicaux suivants : IRM, scanner, fond d'œil, doppler artériel des jambes ou du cou, électroencéphalogramme ?  Oui  Non

Si OUI, précisez lequel, pour quel motif et à quelle date :

8. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été suivi(e) pour une affection cancéreuse ?  Oui  Non

Si OUI, donnez les précisions suivantes :

1. Localisation

2. Date de diagnostic

3. Date de fin du traitement (chimiothérapie, radiothérapie)

4. Y a-t-il eu une rechute ?  Oui  Non Date

9. Êtes-vous suivi(e) pour une des affections suivantes ?

Donnez des précisions et indiquez le traitement

1. Hypertension artérielle ?  Oui  Non

2. Troubles cardio-vasculaires ?  Oui  Non

3. Artérite des membres inférieurs ?  Oui  Non

4. Atteinte des vaisseaux du cou ?  Oui  Non

5. Troubles respiratoires ?  Oui  Non

6. Autre pathologie ?  Oui  Non

10. Avez-vous une maladie des os et des articulations ?  Oui  Non

Si OUI, précisez si cela concerne :

1. De l'arthrose ?  Oui  Non Localisation

2. Une prothèse ?  Oui  Non Localisation

3. Une polyarthrite rhumatoïde ?  Oui  Non Date de début

4. Une autre maladie rhumatismale  Oui  Non Laquelle

5. Avez-vous une atteinte des mains ou des pieds ?  Oui  Non Date de début

Précisez

11. Depuis 10 ans, avez-vous, ou avez-vous eu, des troubles psychiques ?  Oui  Non

Si OUI, avez-vous été :

1. Suivi(e) par un psychiatre ?  Oui  Non Précisez

2. Hospitalisé(e) en psychiatrie ?  Oui  Non Précisez

3. Suivi(e) pour une dépression nerveuse ?  Oui  Non Date de début

12. Êtes-vous suivi(e) pour un diabète ?  Oui  Non

Si OUI, joindre les documents suivants :

- Dernière ordonnance concernant le diabète
- Dernier bilan ophtalmologique avec résultat du fond d'œil
- Dernière prise de sang avec dosage de l'HbA1c

13. Depuis 10 ans, avez-vous présenté une des affections suivantes ?

Laquelle ? Quand ? Donnez des précisions

1. Épilepsie, vertiges, perte de connaissance, tremblements  Oui  Non

2. Troubles de la parole, troubles de l'écriture  Oui  Non

3. Troubles de la mémoire  Oui  Non

4. Accident ischémique transitoire (AIT), paralysie  Oui  Non

5. Maladie des muscles, myopathie, troubles de la marche  Oui  Non

6. Toute autre maladie neurologique  Oui  Non

14. Avez-vous ou avez-vous eu une des maladies suivantes ?  Oui  Non

Maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques (SEP), maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral (AVC), hémorragie cérébrale.

## 15. Maladie des yeux

1. Consultez-vous un ophtalmologue ?  Oui  Non Si OUI, précisez la fréquence
2. Portez-vous une correction pour voir de près ?  Oui  Non La correction est-elle efficace ?  Oui  Non  
pour voir de loin ?  Oui  Non La correction est-elle efficace ?  Oui  Non
3. Êtes-vous suivi(e) pour une pathologie oculaire autre que cataracte, myopie, presbytie, astigmatisme, hypermétropie ?  Oui  Non

Si OUI, précisez la pathologie  le traitement

Précisez si cette pathologie concerne  un œil  les deux yeux

Joindre la photocopie du dernier bilan ophtalmologique

Conformément à la loi Informatique et Libertés, nous vous informons que les réponses aux questions de ce questionnaire sont obligatoires pour la souscription des garanties. Elles sont destinées au Service Médical, sous l'autorité du Médecin Conseil de l'organisme ayant recueilli votre adhésion ou de MUTEX, en tant que responsable de traitement des dossiers pour la gestion des garanties. vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, auprès de la Direction des Projets de Mutex, située 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex.

## Signature

En complément de votre signature, vous devez parapher chaque page du questionnaire médical à l'emplacement indiqué.

- Je donne mon accord au traitement des informations de santé me concernant dans les conditions indiquées dans le présent document. J'ai été informé(e) qu'en cas de réticence ou fausse déclaration de ma part de nature à entraîner le paiement de prestations indues, MUTEX procédera de plein droit à la résiliation de l'adhésion et à l'annulation pure et simple de mes droits à prestations.

Fait à

Le

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention manuscrite

« Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire que j'ai rempli de ma main ».

---

---

---

---

---

---

---

---

## Réservé au médecin conseil





# Fiche d'identification

Cette fiche est à compléter par vos soins et doit être jointe à votre demande d'adhésion si vous êtes nouvel adhérent à un contrat Unéo ou si vous adhérez en votre nom propre.

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évén.

**U01Fi**  
U\_FORM\_U01Fi\_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 JJ/MM/AAAA (par exemple : 15 août 1989 ► 15/08/1989)

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

## Votre situation personnelle

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_

Nom de naissance<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sécurité sociale : Régime de base<sup>(2)</sup> : ..... N°<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_

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

## Vos coordonnées

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Pays d'affectation (si pays étranger) \_\_\_\_\_

Téléphone fixe ou portable<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ Email<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

## Vous êtes

**Militaire en activité de service**

Date d'entrée en service \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Affectation ou école \_\_\_\_\_

N° matricule ou livret de solde \_\_\_\_\_ N° identification Défense<sup>(5)</sup> \_\_\_\_\_

Air  Gendarmerie  Marine  Services communs  SSA  Terre  Autre  Mousse/Arpète

Grade \_\_\_\_\_ Indice de solde \_\_\_\_\_

Ancien militaire pensionné ou titulaire d'une solde de réserve  Ancien militaire non pensionné  Civil de la Défense actif  Civil de la Défense retraité  Réserviste opérationnel ou citoyen

**Autres situations :**

Conjoint, Partenaire ou Concubin(e) divorcé(e), séparé(e) et/ou radié(e) d'un Membre Participant Unéo  Enfant d'un membre participant ou d'un conjoint ayant droit Unéo

Indiquer le Numéro d'adhérent du Membre Participant

Veuf(ve) ou Partenaire ou Concubin(e) survivant(e)  Orphelin(e)

Informations concernant la personne décédée :

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Militaire en activité de service  Militaire pensionné  Civil de la Défense actif ou retraité  Autre

Ancien membre participant Unéo ?  Oui N° adhérent                 Non

**Autre : veuillez préciser** .....

## Votre Conjoint(e), Partenaire de PACS ou Concubin(e)

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_

Nom de naissance<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sécurité sociale : Régime de base<sup>(2)</sup> : ..... N°<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_

Téléphone fixe ou portable<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ Email<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

(1) Nom figurant sur l'acte de naissance. (2) 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. Veuillez adresser la copie de l'attestation de droits à l'Assurance Maladie en cours de validité. (3) Information obligatoire pour la télétransmission. (4) 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. (5) Cette information est disponible sur votre carte d'identité militaire ou votre carte de circulation SNCF.



**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<sup>(1)</sup> : ..... N°(2) \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_

**Ayant droit n°...**

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Sécurité sociale : Régime de base<sup>(1)</sup> : ..... N°(2) \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_

**Ayant droit n°...**

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Sécurité sociale : Régime de base<sup>(1)</sup> : ..... 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](mailto: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
<b>Documents liés à votre situation professionnelle</b>					
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				
<b>Documents liés à votre situation personnelle</b>					
Orphelins	X			X	X
Veuf(ve)	X		X	X	
<b>Documents concernant vos ayants droit</b>					
Conjoints	X		X		
Enfants	X				