

➔ Avez-vous déjà un contrat chez Tutélaire :

☐ OUI ➔ Si oui, merci d'indiquer le numéro de votre contrat :

☐ NON

Cadre réservée

IDENTIFIANT

S
REF. INTERNE

1 IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

☐ M. ☐ MME NOM D'USAGE PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE N° SÉCURITÉ SOCIALE

DATE DE NAISSANCE (JJ MM AAAA) VILLE DE NAISSANCE PAYS DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE PAYS

TÉLÉPHONE DOMICILE (1) TÉLÉPHONE MOBILE (2) @ ADRESSE ÉLECTRONIQUE (2)

Personne politiquement exposée (à compléter obligatoirement)

■ Exercez-vous ou avez-vous exercé, au cours des 12 derniers mois, une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante citée dans la liste « **Fonctions concernées** » ci-dessous ? ☐ OUI ☐ NON

➔ Si oui, merci de préciser cette fonction : Date de cessation le cas échéant : (DATE (JJ MM AAAA))

■ Une personne de votre famille ou de votre entourage proche exerce-t-elle ou a-t-elle exercée, au cours des 12 derniers mois, une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante citée dans la liste « **Fonctions concernées** » ci-dessous ? ☐ OUI ☐ NON

➔ Si oui, merci de préciser cette fonction : Date de cessation le cas échéant : (DATE (JJ MM AAAA))

Fonctions concernées :

Conformément aux dispositions de l'article R. 561-18 du Code monétaire et financier, une personne politiquement exposée est une personne qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :

- 1° Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- 2° Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;

- 3° Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- 4° Membre d'une cour des comptes ;
- 5° Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6° Ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- 7° Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- 8° Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- 9° Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

Mesure de protection (à compléter seulement pour les personnes sous mesure de protection)

Type de protection : ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle simple ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle partielle ☐ Tutelle complète

☐ Autre, précisez : ➔ Pour une durée de :

Coordonnées du représentant légal :

Nom de l'organisme (le cas échéant) : NOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL

PRÉNOM ADRESSE

CODE POSTAL VILLE TÉLÉPHONE

2 CHOISIR UN NIVEAU DE COUVERTURE

Le contrat sâge autonomie vous couvre contre le risque de dépendance.

i Prise d'effet et durée du contrat et de ses garanties : voir en page 03.

Garanties dépendance	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
■ Capital forfaitaire ⁽³⁾ dès la reconnaissance en GIR 1, 2, 3 ou 4 ⁽⁴⁾	1 500 €	3 000 €	4 500 €
■ Rente mensuelle dès la reconnaissance en GIR 1, 2 ou 3 ⁽⁴⁾	150 €	300 €	450 €
Garanties service et protection juridiques ⁽⁵⁾	inclus		
Garanties assistance ⁽⁵⁾	inclus		
Je choisis un niveau de couverture ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Facultatif. (2) Ces informations facultatives sont toutefois nécessaires pour vous donner accès aux services en ligne de Tutélaire. (3) Capital forfaitaire versé une seule fois sur la durée du contrat. (4) Degré de perte d'autonomie évalué dans le cadre d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les GIR 1 et 2 correspondent à une dépendance lourde, les GIR 3 et 4 à une dépendance partielle. (5) Les garanties service et protection juridiques sont assurées et réalisées par Solucia Service et Protection Juridiques. Les garanties assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance.

3 MONTANT DE LA COTISATION**i** Modalité de paiement de la cotisation : voir en page 03.

Votre montant de cotisation est calculé en fonction de votre âge à la souscription⁽⁶⁾, ainsi que du niveau d'indemnisation choisi avec votre conseiller.

Choix du niveau d'indemnisation : Âge⁽⁶⁾ : ansCotisation mensuelle : Cotisation annuelle : **4 DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR**

La conclusion du présent contrat sera effective si et seulement si le souscripteur a été en mesure de répondre « OUI » aux questions posées ci-dessous :

<input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance du document d'information normalisé sur le produit d'assurance relatif au contrat sâge autonomie, du règlement sâge autonomie et de ses annexes ainsi que des statuts de Tutélaire.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance des conditions de souscription figurant à l'article 3 du règlement sâge autonomie aux termes desquelles la souscription du contrat sâge autonomie implique que le membre participant : • ne bénéficie d'aucune prise en charge au titre d'une invalidité dont les critères de reconnaissance sont définis en annexe 3 de ce même règlement ; • ne soit pas reconnu en état de dépendance, c'est-à-dire ne soit pas rattaché à l'un des Groupes Iso-Ressources ouvrant droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ; • n'ait engagé aucune démarche visant à la reconnaissance d'une invalidité ou d'un état de dépendance.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance des critères de reconnaissance d'invalidité qui conduisent à l'impossibilité de souscrire le contrat sâge autonomie en application des dispositions de l'article 3, ces critères figurant en annexe 3 du règlement sâge autonomie.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance des exclusions figurant à l'article 14 du règlement sâge autonomie.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance des dispositions relatives à la prise d'effet des garanties en couverture du risque dépendance et des conséquences de la survenance d'un état de dépendance durant le délai d'attente, telles qu'énoncées à l'article 18 du règlement sâge autonomie.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance des dispositions relatives à la fausse déclaration et à ses conséquences, telles qu'énoncées à l'article 13 du règlement sâge autonomie.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Je suis informé(e) que je bénéficie de la faculté de renoncer à mon contrat sâge autonomie dans un délai de 30 jours calendaires suivants sa date de prise d'effet dont les modalités sont prévues à l'article 6 du règlement sâge autonomie.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Je suis informé(e) de mon droit de résilier à tout moment mon contrat sâge autonomie indépendamment de la date d'envoi de chaque avis d'échéance annuel de cotisation en adressant par lettre, par voie électronique ou tout autre support durable, ma demande au siège de la mutuelle.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Je déclare exact l'ensemble des informations renseignées sur ce bulletin d'adhésion.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> J'accepte les termes du règlement sâge autonomie.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

5 MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (À COMPLÉTER ET SIGNER OBLIGATOIREMENT)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la mutuelle TUTÉLAIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle TUTÉLAIRE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions 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.

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Cadre réservée
RÉFÉRENCE UNIQUE
DU MANDAT (RUM)

IDENTITÉ DU DÉBITEUR, TITULAIRE DU COMPTE (tous les champs doivent impérativement être renseignés) :

NOM PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE PAYS

COMPTE À DÉBITER :

IBAN BIC

CRÉANCIER : TUTÉLAIRE
157 AVENUE DE FRANCE - 75013 PARIS
Identifiant créancier SEPA : **FR88ZZZ386329**

TYPE DE PAIEMENT :
Paiement récurrent / répétitif ☒
Paiement ponctuel ☐

Fait à :

Date : (JJ MM AAAA)

↓ VEUILLEZ SIGNER CI-DESSOUS ↓

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UN RIB COMPORTANT LES MENTIONS IBAN - BIC

⁽⁶⁾ L'âge atteint étant calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

6 PROSPECTION COMMERCIALE

J'autorise Tutélaire dans le cadre du développement de ses offres et de ses services à me contacter afin de me communiquer des informations portant sur les contrats ou la vie de la mutuelle : ☐ OUI ☐ NON

7 SIGNATURE DU BULLETIN D'ADHÉSION

NOM ET PRÉNOM DU SIGNATAIRE _____

Fait à : _____

Le _____

DATE (JJ MM AAAA)

SIGNATURE
(du représentant légal pour les majeurs protégés)
précédée de la mention « Lu et accepté »

À SAVOIR...



PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT ET DE SES GARANTIES

Sous réserve de l'acceptation de votre demande d'adhésion par la mutuelle, le contrat sâge autonomie prend effet au 1^{er} jour du mois suivant sa signature.

La prise d'effet des garanties en couverture du risque « dépendance » coïncide avec la prise d'effet du contrat si la dépendance résulte d'un accident survenu postérieurement à l'adhésion, ou est différée par l'application d'un délai d'attente de trois ans si la dépendance résulte d'une maladie neurologique ou psychique telle que listée en annexe 4 du règlement sâge autonomie, ou d'un délai d'attente d'un an en cas d'une autre maladie.

Le risque est garanti jusqu'à la cessation du contrat sâge autonomie.

Le contrat sâge autonomie est souscrit pour une durée d'un an à compter de sa date de prise d'effet. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction.

MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique sur un compte bancaire.

La cotisation est réglée mensuellement. La date d'échéance s'établit respectivement au 1^{er} jour du mois qui suit la dernière période acquittée.

DROIT ET MODALITÉS DE RENONCIATION :

L'adhérent a la faculté de renoncer à son contrat sâge autonomie dans les 30 jours calendaires suivant sa date de prise d'effet, par écrit :

- soit par lettre recommandée avec avis de réception à :
**Tutélaire
sâge autonomie,
157 avenue de France 75013 Paris**
- soit par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à : contact@tutelaire.fr.

Effet de la renonciation :

Toute cotisation perçue par la mutuelle sera remboursée à l'adhérent au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de renonciation.

En cas de renonciation, les garanties prennent fin rétroactivement à la date de réception de la lettre de renonciation.

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

- Le présent bulletin d'adhésion dûment complété et signé ;
- L'intégralité de la fiche d'information et de conseil (FIC) dûment complétée et signée ;
- Une copie recto/verso de votre carte nationale d'identité, de votre passeport, de votre permis de conduire ou de votre titre de séjour en cours de validité ;
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'eau, électricité, téléphone, gaz, quittance de loyer ou d'assurance, avis d'imposition et de non-imposition) ;
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) comportant les mentions IBAN – BIC ;
- En cas d'adhésion d'un majeur protégé : une copie du jugement de la mesure de protection (tutelle, curatelle, etc.).

OÙ RENOYER VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION ?

L'ensemble de ces documents est à adresser à :

Tutélaire - sâge autonomie - 157 avenue de France - 75013 Paris
ou dans l'enveloppe T fournie.

➤ Les documents que vous devez conserver :

- Les statuts ;
- Le document d'information normalisé sur le produit d'assurance (DIPA) sâge autonomie ;
- Le règlement sâge autonomie.

Le contrat sâge autonomie est distribué par la Mutuelle des Services Publics (MSP), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est au situé 1 rue François Moisson - 13002 Marseille et immatriculée sous le numéro Siren 782 825 368 substituée auprès de Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75 436 Paris Cedex 9), et immatriculée sous le numéro Siren 383 143 617.

Les garanties dépendance au contrat sâge autonomie sont assurées et réalisées par la mutuelle Tutélaire, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 157 avenue de France – 75013 Paris et immatriculée sous le numéro Siren 775 682 164.

Les garanties service et protection juridiques sont assurées et réalisées par Solucia Service et Protection Juridiques, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital social de 9 600 000 € régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé au 111 avenue de France - CS 51519 - 75634 Paris cedex 13 et immatriculée au RCS de Paris sous le numéro Siren 481 997 708.

Les garanties d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 46 rue du Moulin - CS 92443 - 44120 Vertou et immatriculée sous le numéro Siren 444 269 682.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés et du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, les informations recueillies dans le présent document ou contenues dans les pièces demandées, ont pour finalités la gestion et l'exécution du contrat, la gestion du risque et si accord de votre part, la prospection commerciale. Les données à caractère personnel collectées par la mutuelle sont conservées pendant une durée limitée laquelle est proportionnée à la réalisation des finalités pour lesquelles elles sont traitées. Les durées de conservation varient en fonction de la nature des données, de la finalité des traitements ou des obligations légales ou réglementaires auxquelles est soumise la mutuelle.

Vous disposez notamment des droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation du traitement vous concernant. Pour l'exercice de vos droits, adressez un courrier simple au responsable de traitement : Tutélaire, 157 avenue de France, 75013 Paris ou un courriel à : donneespersonnelles@tutelaire.fr. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité comportant la signature de son titulaire et doit préciser l'adresse à laquelle la réponse de Tutélaire doit parvenir. Dès réception de votre demande complète, nous répondrons dans un délai maximum de 30 jours calendaires.

Pour plus d'informations relatives à la gestion de vos données, consultez le règlement du **contrat sâge autonomie** joint au présent bulletin d'adhésion. Vous pouvez également consulter à tout moment notre politique de confidentialité sur le site internet www.tutelaire.fr ou la demander par courrier simple à Tutélaire, responsable de traitement.

Vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).

Identifiant unique REP : FR232039_01QZ1Y