

➔ 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° SECURITÉ SOCIALE

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

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE PAYS

TELEPHONE DOMICILE (1) TELEPHONE 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 ►	☐	☐	☐

(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 :

☐ 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.	☐ OUI ☐ NON
☐ 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 :	☐ OUI ☐ NON
• 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.	
☐ 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.	☐ OUI ☐ NON
☐ J'ai pris connaissance des exclusions figurant à l'article 14 du règlement sâge autonomie.	☐ OUI ☐ NON
☐ 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.	☐ OUI ☐ NON
☐ 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.	☐ OUI ☐ NON
☐ 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.	☐ OUI ☐ NON
☐ 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.	☐ OUI ☐ NON
☐ Je déclare exact l'ensemble des informations renseignées sur ce bulletin d'adhésion.	☐ OUI ☐ NON
☐ J'accepte les termes du règlement sâge autonomie.	☐ OUI ☐ 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.

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

NOM ET PRÉNOM DU SIGNATAIRE	SIGNATURE (du représentant légal pour les majeurs protégés) précédée de la mention « Lu et accepté »								
Fait à :									
Le <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DATE (JJ MM AAAA)									

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

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



MUTUALITÉ
FRANÇAISE