

FICHE D'INFORMATIONS ET DE CONSEIL

OBJET DU PRÉSENT DOCUMENT

En application de l'article L.521-4 du code des assurances, le présent document a pour objet de sélectionner le(s) produit(s) d'assurance adapté(s) à vos besoins parmi ceux que nous distribuons.

Les informations fournies dans le présent formulaire doivent être données de façon exacte, sincère et complète dans le cadre de la gestion de votre demande d'adhésion. Le recueil de ces informations a pour objectif de permettre à Tutélaire d'évaluer vos besoins et exigences en matière de couverture d'assurance.

Le défaut de réponse ou l'absence de sincérité à certaines informations fournies peut entraîner la nullité de votre contrat et ainsi conduire à l'absence de couverture en cas de sinistre, ou encore entraîner la majoration de vos cotisations. Les informations communiquées sur le produit d'assurance proposé ont vocation à vous permettre de prendre une décision d'adhésion en toute connaissance de cause.

Par ailleurs, **vous trouverez l'information complète sur le contrat conseillé dans la documentation précontractuelle et contractuelle et en particulier dans le document d'information normalisé sur le produit d'assurance (DIPA) ainsi que dans le « Règlement », ce dernier ayant valeur contractuelle.**

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le contrat sâge autonomie vous est proposé par Amellis Mutuelles mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n°775 597 768 dont le siège social est situé au 8-12 rue de la Poyat, 39200 Saint-Claude.. Elle agit en qualité de distributeur de 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 dépendances sont assurées et réalisées par Tutélaire.

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.

L'autorité en charge du contrôle de l'activité de l'ensemble de ces acteurs, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest CS 92459-75439 Paris Cedex 09.

TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Dans le cadre de l'évaluation de vos besoins, Tutélaire agissant en qualité de responsable de traitement recueille et traite vos données à caractère personnel pour la gestion et l'exécution du contrat ainsi que la gestion du risque inhérent à votre demande d'adhésion.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement et de limitation du traitement vous concernant. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser un courrier à :

- Tutélaire, 157 avenue de France, 75013 Paris ou un courriel à l'adresse suivante : donneespersonnelles@tutelaire.fr. En cas de réclamation concernant le traitement de vos

données personnelles, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de Tutelaire ou par courriel à l'adresse suivante : dpo@tutelaire.fr

En outre, si vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée à votre demande concernant le traitement de vos données personnelles, vous pouvez soumettre une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy TSA 80715 75334 PARIS CEDEX 07 - Tél. : 01 53 73 22 22 / Fax : 01 53 73 22 00.

Pour plus d'informations relatives à la gestion de vos données, vous pouvez à tout moment consulter la politique de confidentialité sur le site internet www.tutelaire.fr ou la demander par téléphone au 0 969 398 399 (appel non surtaxé) ou par courrier simple au responsable de traitement des données de Tutelaire.

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Nous mettons tout en œuvre pour vous apporter la meilleure qualité de service, de conseil et d'écoute. Malgré notre vigilance, des insatisfactions ou des incompréhensions peuvent toutefois survenir. Vous avez la possibilité de nous faire part de tout mécontentement. A cet effet, plusieurs circuits de traitement des réclamations ont été mis en place selon la garantie sur laquelle porte votre réclamation :

- En cas de réclamation en lien avec les garanties assistances, vous disposez de la faculté d'exposer votre insatisfaction par voie postale auprès de Ressources Mutuelles Assistance : RMA – Direction Assistance et Accompagnement, 46 rue du Moulin CS 92443 – 44120 Vertou.
- En cas de réclamation en lien avec les garanties service et protection juridiques, vous disposez de la faculté d'exposer votre insatisfaction par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 18h au 01 44 87 59 80 auprès de Solucia Service et Protection Juridiques. En cas d'insatisfaction sur la réponse apportée, par courriel à : reclamation@soluciaspj.fr ou par voie postale : Solucia Service et Protection Juridiques, 111 avenue de France – CS 51519.
- Pour toute réclamation fondée sur un autre motif, vous disposez de la faculté d'exposer votre insatisfaction par voie postale auprès de Tutelaire : Service réclamations, 157 avenue de France 75013 Paris ou par courriel à : reclamations@tutelaire.fr.

A compter de la date d'envoi de la réclamation, la mutuelle dispose d'un délai de 10 jours ouvrables maximum pour en accuser réception. Une réponse définitive peut cependant être apportée dans ce délai de 10 jours ouvrables. Si votre réclamation nécessite un traitement plus long, vous recevrez une réponse définitive dans un délai de deux mois maximum à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite.

Dans le cas où la réponse apportée à votre réclamation ne vous semble toujours pas suffisante ou adaptée, ou en cas d'absence de réponse, vous avez la possibilité de demander l'avis du Médiateur compétent :

- Concernant les activités de Solucia Service et Protection Juridiques, auprès du Médiateur de l'assurance, en envoyant un courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance (LMA), TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 ou sur le site internet : www.mediation-assurance.org.
- Concernant les activités de Tutelaire et de Ressources Mutuelles Assistance, auprès de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), en envoyant un courrier à l'adresse suivante : 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS CEDEX 15 ou sur le site internet : www.mediateur-mutualite.fr.

DÉMATÉRIALISATION

Ce document est la propriété de Tutelaire. Il ne peut être communiqué à des tiers sans son autorisation écrite.

☐ Vous acceptez de recevoir chacun des documents sous format dématérialisé, le processus d'adhésion étant entièrement digitalisé.

VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

Votre civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Code postal et ville : _____

Téléphone domicile ⁽¹⁾ : _____

Téléphone portable ⁽²⁾ : _____

Adresse électronique ⁽²⁾ : _____@_____.

Votre situation professionnelle : ☐ Actif ☐ Sans activité

EXPRESSION DE VOS BESOINS

1. **Déterminez-vous déjà un contrat** qui vous couvre contre le risque de dépendance ?

☐ Oui ☐ Non

Il vous est tout à fait possible de cumuler plusieurs contrats couvrant ce même risque. Dans la mesure où vous allez cotiser une seconde fois pour ce même type de risque, il faut vous demander si le bénéfice retiré est intéressant au regard des cotisations dues au titre des deux contrats. Afin de vous orienter au mieux, vous pouvez joindre nos conseillers par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h au : 0 969 398 399 (appel non surtaxé).

2. Souhaitez-vous, vous couvrir contre **le risque de dépendance** ?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » à la précédente question :

Le contrat sâge autonomie prévoit des garanties qui vous assurent une couverture en cas de dépendance. Celles-ci vous offrent le versement :

- × **d'un capital forfaitaire** en une seule fois sur la durée du contrat au premier rattachement à l'un des Groupes Iso-Ressources (GIR) 1, 2, 3 ou 4.
- × **d'une rente mensuelle** lors de votre rattachement à l'un des Groupes Iso-Ressources (GIR) 1, 2 ou 3.

¹ Facultatif.

² Ces informations facultatives sont toutefois nécessaires pour vous donner accès aux services en ligne de Tutélaire.

Explications : les Groupes Iso-Ressources (GIR) correspondent au niveau de perte d'autonomie (état de dépendance) d'une personne. Ils sont calculés à partir de la grille AGGIR (d'autonomie gérontologie groupes iso-ressources). Les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

Les GIR 1 et 2 correspondent à une dépendance lourde et les GIR 3 et 4 à une dépendance partielle. **Une évaluation de la perte d'autonomie correspondant à un GIR 5 ou 6 ne permet pas de bénéficier de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).**

Nous attirons votre attention sur le fait **que les montants du capital forfaitaire et de la rente mensuelle varient en fonction du niveau d'indemnisation choisi conformément aux dispositions du règlement sâge autonomie.**

Le contrat sâge autonomie inclut également les garanties suivantes :

- × **les garanties service et protection juridiques**, assurées et réalisées par Solucia Service et Protection Juridiques,
- × **les garanties d'assistance**, assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance.

Les garanties service et protection juridiques et les garanties d'assistance prennent effet à la date d'effet du contrat sâge autonomie. Concernant leurs durée, renouvellement et résiliation, elles suivent le sort des garanties dépendance dans les termes du Titre 1 du règlement sâge autonomie.

Les exclusions et restrictions applicables à ces garanties sont énoncées dans les annexes 6 et 7 du règlement du contrat sâge autonomie.

3. Êtes-vous dans l'une des situations suivantes :

- **Êtes-vous âgé de moins de 18 ans ou de plus de 70 ans** à la date de prise d'effet du contrat ?
☐ Oui ☐ Non
- **Êtes-vous atteint d'une invalidité ?** La reconnaissance d'une invalidité telle que définie dans l'annexe 3 du règlement sâge autonomie est déterminée par le bénéfice de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou d'une pension d'invalidité.
☐ Oui ☐ Non
- **Êtes-vous reconnu en état de dépendance ?**
☐ Oui ☐ Non (c'est-à-dire que vous n'êtes pas rattaché à l'un des Groupes Iso-Ressources ouvrant droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ?)
- **Avez-vous engagé une démarche de reconnaissance d'invalidité ou de dépendance** telle que définie précédemment ?
☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions précédentes, vous ne pouvez malheureusement pas adhérer au contrat sâge autonomie.

4. **Souhaitez-vous adhérer au contrat sâge autonomie** que nous vous proposons ?

☐ Oui ☐ Non

Remarques importantes : nous attirons votre attention sur le fait que dans le cadre du contrat sâge autonomie, la prise d'effet des garanties dépendance **sera différée par application d'un délai d'attente de trois ans à compter de la date de prise d'effet du contrat 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'un an si la dépendance résulte d'une autre maladie.**

Ainsi, la survenance d'un état de dépendance durant le délai d'attente conduit à considérer que le contrat n'a jamais pris effet pour les garanties dépendance et en conséquence est résilié de plein droit et automatiquement dans son intégralité. Les cotisations perçues nettes de frais de gestion sont remboursées au membre participant.

NOS CONSEILS

Les principales caractéristiques du produit que nous vous proposons tiennent compte des besoins que vous nous avez exprimés lors de notre entretien et repris au terme de la présente fiche d'informations et de conseil.

En effet, celui-ci couvre votre besoin exprimé ci-dessus, en considération de votre profil, de votre âge, de votre situation personnelle et professionnelle ainsi que de vos souhaits en termes de couverture.

A savoir : [Cocher les réponses qui correspondent à votre situation] :

- ☐ Vous avez entre 18 et 70 ans ;
- ☐ Vous êtes en activité ;
- ☐ Vous êtes sans activité ;
- ☐ Vous détenez déjà un contrat qui vous couvre contre le risque de dépendance ;
- ☐ Vous ne détenez pas un contrat qui vous couvre contre le risque de dépendance ;
- ☐ Vous souhaitez vous couvrir contre le risque de dépendance ;
- ☐ Vous n'êtes pas atteint d'une invalidité telle que définie en annexe 3 du règlement sâge autonomie ;
- ☐ Vous n'êtes pas dans un état de dépendance ;
- ☐ Vous n'avez pas engagé une démarche de reconnaissance d'invalidité ou de dépendance ;
- ☐ Vous souhaitez adhérer au contrat sâge autonomie ;
- ☐ Autre : _____

Au regard des informations que vous nous avez communiquées, le produit sâge autonomie est adapté.

Remarques importantes :

Aussi précis que soient les informations et le conseil qui vous ont été donnés, il est très important que vous lisiez attentivement avant votre adhésion :

- Le document d'information normalisé sur le produit d'assurance (DIPA) que nous vous proposons **incluant les dispositions relatives à l'objet des garanties et des exclusions de garanties,**
- Le règlement sâge autonomie. Ce règlement constitue le document juridique contractuel exprimant les droits et obligations de l'adhérent et de la mutuelle, **incluant les dispositions relatives à l'objet des garanties et des exclusions de garanties,**
- Les statuts de la mutuelle,
- Les éventuels devis qui pourraient être joints au présent document.

AVERTISSEMENT (zone à compléter obligatoirement par l'adhérent)

- ☐ Vous reconnaissez que les éléments que vous avez renseignés ci-dessus sont complets, sincères et exacts.
- ☐ Vous reconnaissez avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat proposé ci-dessus, et avoir reçu une information sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées à travers le document d'information normalisé sur le produit d'assurance « DIPA » et le « Règlement » sâge autonomie y compris ses annexes.
- ☐ Vous vous engagez à informer Tutélaire de toute modification concernant votre situation personnelle.
- ☐ Vous reconnaissez avoir été informé(e) que Tutélaire est susceptible de ne pas vous fournir l'intégralité des services que le contrat propose dans le cas où vous refuseriez de compléter tout ou partie du présent document.
- ☐ Par ailleurs, vous reconnaissez avoir été informé par Tutélaire qu'une fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de votre contrat (L.221-14 du code de la mutualité) ou la majoration de la cotisation (L.221-15 du code de la mutualité).

SIGNATURE

Je soussigné(e), _____ reconnais avoir pris connaissance du présent document préalablement à l'adhésion au contrat sâge autonomie distribué par Amellis Mutuelles agissant en qualité de distributeur de Tutélaire, qui précise de façon exacte et exhaustive ma situation actuelle, mes informations personnelles communiquées et mes demandes et besoins exprimés.

Le ____/____/____, à _____,

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