

# FICHE DE CONSEIL

## RÉCAPITULATIF DE VOS BESOINS

### ► EXEMPLAIRE A NOUS RETOURNER SIGNÉ

### À quoi sert ce document ?

Ce document, établi en double exemplaire, vous est remis conformément à l'article R.223-6 du Code de la mutualité et L521-4 du Code des Assurances.

**Les informations qu'il permet de recueillir sont nécessaires pour déterminer vos besoins et objectifs en matière d'assurance en vue de vous apporter un conseil adapté à votre situation.**

Nous vous invitons à le lire attentivement afin de vérifier les informations vous concernant ainsi que votre bonne compréhension de la garantie proposée après analyse.

### PRÉSENTATION DE L'ASSUREUR DISTRIBUTEUR DES GARANTIES

#### ► L'Assureur, Distributeur des garanties

Organisme : MUTAC

Adresse : 771 avenue Alfred Sauvy - CS 40069 - 34477 PÉROLS CEDEX

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 - 75436 PARIS CEDEX 09. Enregistrée au répertoire SIRENE sous le N° SIREN 339 198 939.

Par l'intermédiaire de votre conseiller :

Tél :  Courriel :

Il est précisé que , salarié(e) de MUTAC, propose les produits de celle-ci et ne prétend pas fonder son conseil sur une analyse exhaustive des contrats existants sur le marché. Il/elle peut percevoir une rémunération variable sous conditions. MUTAC ne rémunère pas ni n'évalue les performances de son personnel d'une façon qui contrevienne à leur obligation d'agir au mieux de vos intérêts et de manière honnête, impartiale et professionnelle.

#### > RECOURS AUPRÈS DU MÉDIATEUR

Pour un litige vous opposant à MUTAC n'ayant pu être résolu après une réclamation, vous pouvez saisir le médiateur :

MÉDIATEUR DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Par courrier : 255 RUE VAUGIRARD 75719 PARIS CEDEX 15

Ou via un formulaire sur le site : <https://www.mediateur-mutualité.fr>

### INFORMATIQUE ET LIBERTÉS, PROTECTION DES DONNÉES

MUTAC met en œuvre un traitement de données à caractère personnel dont elle est responsable, ayant pour finalité : l'étude personnalisée de votre situation afin de vous apporter un conseil adapté. La durée de conservation des données collectées est déterminée selon les dispositions légales en vigueur. Les données collectées sont requises en vue de l'élaboration de la présente fiche de conseil et le cas échéant, de la réalisation d'un devis. Les destinataires des données sont MUTAC, ses prestataires, et les autorités habilitées à les connaître. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement, d'opposition ou limitation du traitement de vos données que vous pouvez exercer par mail à [rgpd@mutac.com](mailto:rgpd@mutac.com) ou par courrier à l'adresse suivante MUTAC – Délégué à la Protection des Données – 771 avenue Alfred Sauvy – CS 40069 – 34477 PEROLS CEDEX. En cas de difficultés, vous pouvez solliciter la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Je prends note que MUTAC pourra conserver le présent document sous forme papier ou sous forme numérisée.

J'accepte expressément comme mode de preuve de mes déclarations, la version électronique du présent document, conservée par les systèmes informatiques de MUTAC, en cas d'adhésion.

J'accepte expressément l'utilisation de mes données personnelles dans le cadre de la réalisation du devoir de conseil.

J'accepte expressément que les conseillers MUTAC puissent utiliser mes données personnelles pour me contacter en vue de me faire de nouvelles propositions commerciales sur des produits MUTAC.

## INFORMATIONS POUR LA DÉLIVRANCE DE NOTRE CONSEIL ET CONNAISSANCE CLIENT

### ► L'Adhérent / Assuré

Nom :  Prénom :  Né(e) le :

Lieu de naissance :

Adresse :

Courriel :

Résidence fiscale  France  Hors France

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e), Pacsé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Nombre de personnes à charge :

Profession exercée (ou ancienne si retraité(e)) :

### L'assuré fait-il l'objet d'une des mesures de protection suivante ?

Aucune mesure  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle  Habilitation familiale

## Vos connaissances en matière financière

**Avez-vous des connaissances ou une expérience dans le domaine des contrats d'assurance vie ou des garanties destinées au versement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie ?**

Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

### Sur une échelle de 1 à 5, à quel niveau évaluez-vous vos connaissances en matière financière ?

1  2  3  4  5

1 = Pas de connaissance  
2 = Faible connaissance  
3 = Connaissance moyenne  
4 = Bonne connaissance  
5 = Expert

## Votre capacité financière

Pour permettre au conseiller d'approfondir sa connaissance de ma capacité financière, je lui précise que mes revenus réguliers sont  mensuels et mes charges courantes de  % des revenus mensuels.

Je ne souhaite pas répondre à cette question et accepte la mise en garde ci-après.

## MISE EN GARDE

**Je reconnais savoir qu'en l'absence de réponse de ma part aux questions ci-dessus nécessaires à la délivrance d'un conseil, je ne permets pas à mon conseiller de disposer d'une connaissance suffisante pour déterminer la garantie la plus cohérente et adaptée à ma situation.**

## La solution adaptée

Compte tenu des informations communiquées, vous trouverez ci-dessous la synthèse de vos principaux besoins et exigences ainsi que des moyens que vous souhaitez consacrer à votre contrat obsèques. Vous trouverez en regard notre préconisation en adéquation avec vos exigences et votre situation :

### VOS OBJECTIFS

#### Objectif de souscription

Vous souhaitez disposer d'un capital en cas de décès, ou de perte totale et irréversible d'autonomie

### ADÉQUATION DE LA GARANTIE AVEC VOTRE OBJECTIF

MUTAC CAPITAL DECES

### VOUS/LA PERSONNE ASSUREE

Âge à l'adhésion :  ans

#### Situation spécifique, vous souhaitez

Adhérer seul(e)

#### État de santé

Pourriez-vous faire une déclaration sur l'honneur de non-atteinte de maladie grave lors de la signature du contrat ?

oui  non

### ADÉQUATION DE LA GARANTIE AVEC VOTRE PROFIL

MUTAC CAPITAL DECES

MUTAC CAPITAL DECES

MUTAC CAPITAL DECES

### VOS BESOINS ET EXIGENCES

#### Niveau de capital assuré

Vous souhaitez disposer d'une couverture de  par sinistre (décès ou perte totale et irréversible d'autonomie)

### ADÉQUATION DE LA GARANTIE AVEC VOS BESOINS ET EXIGENCES

MUTAC CAPITAL DECES

### VOS MOYENS

#### Budget

Vous déclarez pouvoir effectuer :

- Des règlements annuels d'un montant maximum de :
- 30 euros
  - 50 euros
  - Plus de 50 euros

### ADÉQUATION DE LA GARANTIE AVEC VOS MOYENS

MUTAC CAPITAL DECES

## NOTRE PRECONISATION / VOTRE CHOIX

Ce document précontractuel synthétise les raisons pour lesquelles nous vous recommandons la garantie MUTAC CAPITAL DECES détaillée ci-après :

### GARANTIE PRÉCONISÉE

**CHOIX : MUTAC CAPITAL DECES**

Paieement d'une cotisation annuelle de

### GARANTIE CHOISIE

**MUTAC CAPITAL DECES**

Montant du capital souscrit

**Toutes les caractéristiques du contrat, les conditions d'adhésion et de garanties, les exclusions vous ont été présentées lors de nos entretiens. Elles sont en outre précisées dans les documents qui vous sont remis tels que la Fiche d'information et la Note d'information du règlement mutualiste. Aussi précis que soient les informations et conseils qui vous ont été donnés, il est très important que vous lisiez attentivement ces documents.**

Le distributeur vous indique qu'il ne pourra vous remettre l'évaluation périodique de l'adéquation à vos exigences et besoins mais s'efforcera de vous alerter en cas de changements significatifs qui pourraient impacter la solution proposée.

## DÉCLARATION

### 1. Déclarations générales

Je reconnais avoir été informé(e) des caractéristiques du ou des produit(s) proposé(s) préalablement à tout engagement de ma part.

Je certifie sincères et véritables, les informations me concernant mentionnées dans le présent document.

Je certifie avoir une résidence fiscale en France.

### 2. Choix de la garantie

Je soussigné(e)

- déclare être avisé(e) que la solution proposée a été élaborée en fonction des informations communiquées dans le présent document. Le cas échéant, j'ai pris note que le fait de ne pas vouloir renseigner certaines informations ne permet pas à mon conseiller de déterminer la garantie la plus adaptée à ma situation.

- reconnais que la garantie choisie dans « Notre Préconisation/Votre choix » est conforme à mes exigences et aux moyens que je souhaite et peux y consacrer. Je déclare avoir été informé sur la nature, l'étendue et la définition de cette garantie.

Fait et remis le

**Signature** (le futur adhérent)

**Signature** (pour l'assureur distributeur)