

FICHE DE DEVOIR DE CONSEIL EN SANTÉ

Le présent document retrace nos échanges afin de déterminer, ensemble, la protection santé complémentaire la plus adaptée à votre situation. Il est établi avant toute adhésion et ne se substitue pas au bulletin d'adhésion. Cette démarche a pour objectif de définir vos souhaits pour nous permettre de vous proposer le ou les produit(s) répondant le mieux à vos besoins et à vos attentes en matière de protection complémentaire santé. Les informations communiquées doivent être complètes et sincères. Elles sont strictement confidentielles et protégées par le secret professionnel.

Civilité :
 Nom : Prénom :
 Date de Naissance :
 Adresse : CP - Ville :
 Mail : Téléphone :

INFORMATIONS
 Retraité(e) Autre, à préciser :

JE SUIS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE)* Oui Non

- * Vous exercez ou avez exercé depuis moins d'un an une des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives suivantes :
- chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
 - membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen ;
 - membres des organes dirigeants des partis politiques ;
 - 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 ;
 - membre d'une cour des comptes ;
 - dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
 - ambassadeur, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière ;
 - officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
 - membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
 - dirigeant d'une institution internationale publique créée par un traité, membre du conseil d'une organisation internationale ou personne qui occupe une position équivalente en son sein.

UN DE MES PROCHES * EST UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE) Oui Non

- * Par proche il convient d'entendre :
- Les personnes connues pour être des membres directs de la famille d'une personne politiquement exposée :
- son conjoint ou concubin notoire ;
 - son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
 - en ligne directe, leurs ascendants, descendants et alliés, au premier degré, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.

- Les personnes connues pour leur être étroitement associées sont :
- toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec la personne politiquement exposée ;
 - toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne politiquement exposée.

Si vous ou l'un de vos proches est une personne politiquement exposée, votre adhésion à la Mutuelle ne sera pas remise en cause. Toutefois, nous vous informons qu'il sera présenté chaque année en conseil d'administration, la liste des personnes politiquement exposées.

RÉCAPITULATIF DE VOS BESOINS

NOMBRE DE PERSONNES À GARANTIR	Adulte(s) :	Enfant(s) à charge :
Besoin en consultation avec dépassement d'honoraires des médecins généralistes et spécialistes	<input type="checkbox"/> Remboursement complémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en cure thermale	<input type="checkbox"/> Remboursement complémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en optique - lunettes et lentilles	<input type="checkbox"/> Remboursement complémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en hospitalisation - prise en charge de la chambre particulière et des frais d'accompagnement	<input type="checkbox"/> Remboursement complémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en hospitalisation - prise en charge des dépassements d'honoraires	<input type="checkbox"/> Remboursement complémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en prothèses dentaires et actes non pris en charge par l'Assurance Maladie	<input type="checkbox"/> Remboursement complémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en orthodontie	<input type="checkbox"/> Remboursement complémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en médecines douces - forfait annuel de remboursement des consultations	<input type="checkbox"/> Remboursement complémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal

DATE D'EFFET SOUHAITÉE DE LA GARANTIE SANTÉ :

Organisme assureur : Solimut Mutuelle de France

BUDGET

Montant maximal de cotisation mensuelle envisagée par le prospect (exprimé en euros) :
 Cotisation maîtrisée Protection optimale

NOS PROPOSITIONS

NOUS VOUS AVONS PRÉCONISÉ CE(S) PRODUIT(S) CAR IL(S) CORRESPOND(ENT) AUX BESOINS EXPRIMÉS SUIVANT

.....

ATTENTION, CEPENDANT NOUS VOUS ALERTONS SUR LE FAIT QUE CE(S) PRODUIT(S) NE RÉPOND(ENT) PAS AUX BESOINS EXPRIMÉS SUIVANT

.....



VOS BESOINS COMPLÉMENTAIRES

Nous pouvons vous faire bénéficier de produits proposés par SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE et ses partenaires. Pour répondre à votre demande, nous serons amenés à communiquer vos données personnelles.

Vous êtes intéressé(e) par :

> Une offre **Prévoyance Collective** : Oui Non

Rendez-vous sur le site www.assurances-personnes-ccas.com ou par e-mail ccas.adhesion@prevere.fr ou par téléphone au 0800 005 045.

Au vu des besoins que vous avez exprimés et de votre budget, vous trouverez ci-joint le(s) tableau(x) de garantie concernant le(s) produit(s) proposé(s).

En cas de modification de votre situation personnelle (divorce, déménagement...) il est nécessaire de nous recontacter pour une nouvelle étude personnalisée.

Préalablement à toute adhésion, vous reconnaissez avoir pris connaissance du contenu du présent document, et avoir reçu l'ensemble des informations et conseils sur le ou les contrat(s) proposé(s) comprenant le détail, les explications ainsi que les différents niveaux de prise en charge des garanties, la fiche IPID, les documents réglementaires, ainsi que le dispositif concernant la formulation d'une réclamation.

De ce fait et en cas d'adhésion, vous reconnaissez avoir choisi la ou les garantie(s) en toute connaissance de cause.

Je soussigné(e),

Accepte l'une des solutions proposées. Je déclare avoir reçu une information sur l'étendue et la définition des garanties.

Reconnais avoir reçu et pris connaissance des préconisations et déclare également avoir reçu une information sur l'étendue et la définition des garanties, mais je décide de retenir mon propre choix en toute connaissance de cause.

Fait 2 exemplaires, le ____/____/____

Signature du prospect
Nom et Prénom

Signature du conseiller
Nom et Prénom

COMMUNICATION DU RAPPORT PRESTATIONS/COTISATIONS ET DES FRAIS DE GESTION

> **Le rapport entre les prestations et les cotisations s'élève à 82%.**

Le ratio entre le montant des prestations versée pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

> **Les frais de gestion sont fixés à 18% et se composent de la manière suivante : frais de gestion des sinistres (13%), frais d'acquisition (2%) et frais d'administration (3%).**

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

J'accepte de recevoir des informations et des offres promotionnelles de Solimut Mutuelle de France.

J'accepte de recevoir des informations et des offres promotionnelles des partenaires de Solimut Mutuelle de France.

Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services de la Mutuelle par voie électronique (courriel, SMS, MMS).

Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services des partenaires commerciaux de la Mutuelle par voie électronique (courriel, SMS, MMS).

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016. Ces données seront utilisées au titre des opérations relatives à la prospection commerciale, de la passation et de la gestion des contrats, de la réalisation de traitements statistiques et du respect d'obligations réglementaires. Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et du respect des obligations légales à laquelle la mutuelle est soumise. Les données collectées concernent votre identité, ainsi que celle de vos ayants-droit, votre situation professionnelle, votre situation familiale, vos coordonnées, et vos besoins en santé et en prévoyance. Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge de la gestion commerciale des prospects, de la relation adhérent, de la passation et de la gestion des contrats, ainsi que les partenaires de la Mutuelle. Vos données ne font pas l'objet d'un transfert dans un pays situé en dehors de l'Union Européenne. Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Elles seront conservées pendant une durée maximale de 3 ans après recueil de votre signature en cas de non adhésion, ou durant 5 ans après la cessation de votre adhésion le cas échéant. Vous, et vos ayants-droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données vous concernant. Toutes les demandes donneront lieu à une première réponse de la mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la mutuelle. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande. Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo.smf@solimut.fr, soit par courrier à DPO Solimut Mutuelle de France, UGM SOLIMUT, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille. À la suite de votre contact avec le Délégué à la Protection des Données, et en cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste