



Formulaire de connaissance de l'adhérent et de conseil du proposant

(version janvier 2019)

Ce document est à compléter afin de permettre à votre intermédiaire de remplir ses obligations de conseil et d'information.

VOTRE INTERMÉDIAIRE

Nom : Prénom : Société :

Adresse :

Code postal : Ville : N° Immatriculation ORIAS :

VOTRE SITUATION

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom : Prénoms :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : / / à Dépt : Pays :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel : Tél :

Êtes-vous une personne politiquement exposée (PPE) : ☐ Oui ☐ Non (Selon Articles L.561-10 et R.561-18 du Code monétaire et financier)

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ marié(e) ☐ Pacsé•e ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf•ve ☐ Concubin•e

Revenus annuels du foyer fiscal : ☐ moins de 20 000 € ☐ entre 20 000 et 40 000 € ☐ Plus de 40 000 €

VOTRE OBJECTIF

- Vous souhaitez prévoir le financement de vos obsèques et choisir par avance les prestations ☐ Oui ☐ Non
- Vous souhaitez qu'à votre décès un capital soit versé à un bénéficiaire sans choisir par avance les prestations ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous déjà souscrit un contrat en prévision de vos obsèques ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, quel capital est prévu : €. Chez qui ce contrat est-il souscrit :
- Vous souhaitez payer ☐ primes périodiques ☐ prime unique
- Quel est votre budget disponible si vous payez :
 - > en prime unique : €
 - > en primes périodiques : montant maxi/mois : €. Durée maximale : Mois.
- En plus du financement de vos obsèques, souhaitez-vous bénéficier d'une assistance ☐ Oui ☐ Non
- En plus du financement de vos obsèques, souhaitez-vous prévoir l'entretien de votre sépulture ☐ Oui ☐ Non

NOTRE CONSEIL

- ☐ Si vous souhaitez prévoir le financement de vos obsèques sans majoration du capital garanti, choisir les prestations et payer en primes périodiques, nous vous proposons le contrat « **Livret Obsèques Basic** ». Vous êtes informé que le capital assuré ne suffira pas à couvrir l'intégralité de la facture des funérailles.
- ☐ Si vous souhaitez prévoir le financement de vos obsèques avec majoration du capital garanti, choisir les prestations et payer en primes périodiques, nous vous proposons le contrat « **Livret Obsèques Confort** ».
- ☐ Si vous souhaitez prévoir le financement de vos obsèques, choisir les prestations et payer en prime unique, nous vous proposons le « **Livret Obsèques Prévoyance** ».
- ☐ Si vous souhaitez qu'à votre décès un capital soit versé à un bénéficiaire et payer en primes périodiques nous vous proposons « **Prévoir Obsèques** »
- ☐ Si en plus du financement de vos obsèques, vous souhaitez bénéficier d'une assistance, nous vous proposons d'opter pour l'assistance « **Obsèques Prévoyance** ».
- ☐ Si vous souhaitez prévoir l'entretien de votre sépulture, nous vous proposons le contrat « **Mémoire** ».

VOTRE CHOIX

- ☐ J'accepte votre conseil et je souscris le contrat que vous me proposez.
- ☐ Je fais un autre choix que celui proposé et je souscris le contrat suivant (indiquer de façon manuscrite votre choix) :
.....
.....



Conformément à la réglementation pour les contrats d'assurance vie et les produits bancaires, les exigences et les besoins exprimés par le souscripteur ou l'adhérent ainsi que les raisons qui motivent le conseil fourni quant à un contrat déterminé doivent être formalisés. Ce formulaire de recueil des informations est effectué dans votre intérêt et a pour finalité la délivrance d'un conseil adapté. Nous attirons votre attention sur le fait que la fourniture d'une information complète et sincère est une condition indispensable à la délivrance d'un conseil adapté. 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.

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à L'ASSOCIATION OBSÈQUES PRÉVOYANCE afin de vous proposer un contrat obsèques le plus adapté à votre besoin. Elles seront conservées pendant une durée maximale de 1 ans après recueil de votre signature en cas de non adhésion, ou durant 5 ans après la cessation de votre adhésion le cas échéant.

Pour la proposition de ce contrat, l'Association Obsèques Prévoyance et la Mutuelle SMH (assureur) peuvent mettre en œuvre un traitement de données personnelles permettant d'identifier leurs Assurés-Adhérents actuels ou potentiels. Ce traitement aura lieu uniquement sur le territoire français. Ce traitement répond aux caractéristiques ci-dessous :

A - Les données collectées seront uniquement utilisées pour

- L'adhésion à l'association et la gestion par la Mutuelle SMH y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance,
- La mise en œuvre d'opérateurs de prospection, commerciales ou promotionnelles et de fidélisation à destination des Assurés-Adhérents,
- L'exercice de recours à la gestion des réclamations et des contentieux,
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'Assuré-Adhérent,
- L'élaboration de statistiques, y compris commerciales comme d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et de développement,
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, et à la lutte contre le blanchiment de capitaux et au financement du terrorisme.

L'Association et la Mutuelle SMH s'engagent à ne pas utiliser les données collectées à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts et du présent formulaire.

B - L'accès à ces données personnelles est réservé aux services de l'Association Obsèques Prévoyance et de la Mutuelle SMH qui sont en charge de la préparation et suivi des adhésions et des prestations, ainsi qu'aux Assurés-Adhérents ou bénéficiaires des prestations, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle, aux services de l'association Obsèques Prévoyance, ses Mandataires d'Intermédiaire d'Assurances et les mutuelles partenaires de l'Association (adhérentes ou conventionnées).

C - Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat. Ce contrat comporte l'engagement du sous-traitant d'assurer la confidentialité et la sécurité des données et de les traiter conformément aux instructions de la Mutuelle SMH et dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi n°2018-493 du 20 juin 2018, relative à l'informatique et aux libertés, et du Règlement Européen 2016/679 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.

D - Conformément aux dispositions légales, l'Assuré-Adhérent, de même que toute personne concernée par les données, peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant, par courriel à dpo.smh@solimut.fr ou par courrier : DPO – SMH, UGM Solimut, 146 A avenue de Toulon, 13010 MARSEILLE. Le délai de réponse de la Mutuelle SMH est fixé à un mois à compter de la réception de la demande. Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

E - La Mutuelle SMH garantit la portabilité des données aux assurés (restitution ou transfert) et/ou leur effacement conformément aux dispositions légales, dans les meilleurs délais.

Il est rappelé le droit, pour l'Assuré Adhérent, et conformément à la loi 14 juin 2014, dite Loi Bloctel, de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, sur le site suivant : <http://www.bloctel.gouv.fr/>.

- ☐ Je reconnais avoir communiqué des informations fiables au conseiller qui m'a reçu, et dans le cas où certaines seraient- manquantes, j'atteste avoir délibérément refusé de les communiquer. Mon conseiller m'a proposé le contrat le plus adapté à mon profil, mais je reste libre d'en choisir un différent si je le souhaite.
- ☐ J'ai été informé que la rémunération de mon conseiller pouvait être constituée d'une part fixe et d'une part variable.
- ☐ J'accepte d'être recontacté par OBSÈQUES PRÉVOYANCE via mon adresse électronique pour me proposer des offres commerciales au plus près de mes besoins.
- ☐ J'accepte qu'OBSÈQUES PRÉVOYANCE transmette mes coordonnées à ses partenaires pour me proposer des offres commerciales au plus près de mes besoins.
- ☐ Je refuse d'être prospecté par OBSÈQUES PRÉVOYANCE et ses partenaires pour me proposer des offres commerciales au plus près de mes besoins.
- ☐ Je reconnais avoir reçu la notice d'information.

Fait à , le

Signature de l'adhérent au contrat :

Signature proposant et cachet commercial :