



MGAS OBSÈQUES

CONTRAT PREVOYANCE
2024

Besoin d'aide pour compléter le bulletin ?

Par téléphone : du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00 au 01 44 10 55 55 (n° non surtaxé)

Par e-mail : relation.adherents@mgas.fr

Par internet : mgas.fr

Par courrier : MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours

DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL

À lire attentivement et à compléter.

Avant de signer le bulletin d'adhésion, il est important :

- de poser toutes les questions que vous estimez nécessaires à un conseiller MGAS,
- de lire attentivement les statuts, le Règlement Intérieur et la Note d'information, notamment les articles relatifs à la radiation, à l'erreur sur l'âge, à la prescription, aux exclusions, au délai d'attente en cas de décès par maladie.

La prise d'effet de l'adhésion se fera, soit le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, soit le 1^{er} jour d'un mois postérieur si vous en faites la demande sur le présent bulletin. L'adhésion ne peut être rétroactive. La garantie en cas de décès accidentel prend effet au jour de la prise d'effet de l'adhésion. La garantie est acquise en cas de maladie au terme d'un délai d'attente de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Si votre conjoint ou partenaire de PACS ou concubin, souhaite également bénéficier de la garantie MGAS Obsèques, merci de remplir un deuxième bulletin d'adhésion.

MES BESOINS POUR MA PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS

	OUI	NON
Je souhaite prévoir un capital pour financer tout ou partie de mes frais d'obsèques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si j'ai déjà un contrat obsèques, je confirme que le cumul de mes contrats ne dépasse pas le montant des obsèques à financer et, en tout état de cause, 8.000€ ? Si je n'ai pas de contrat obsèques, je coche oui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis en capacité financière de payer des cotisations fixes jusqu'à mon décès pour être couvert toute ma vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite bénéficier d'une assistance rapatriement du corps en cas de décès loin de mon domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le montant du capital nécessaire au financement de mes obsèques est de :	<input type="checkbox"/> 2 000 euros <input type="checkbox"/> 3 000 euros <input type="checkbox"/> 4 000 euros <input type="checkbox"/> 5 000 euros <input type="checkbox"/> 6 000 euros <input type="checkbox"/> 7 000 euros <input type="checkbox"/> 8 000 euros	

CONSEIL ADAPTÉ À VOS RÉPONSES

- Si vous avez répondu OUI à l'ensemble des questions ci-dessus et que vous êtes âgé(e) de 40 ans à 75 ans, à la date d'effet de la garantie, cette garantie est adaptée à vos attentes.
- **Si vous avez répondu NON à une des questions ci-dessus, la garantie MGAS Obsèques n'est pas adaptée à vos attentes.** Nous vous invitons à contacter un conseiller qui étudiera avec vous la solution correspondant à votre besoin.

SERVICES ADDITIONNELS INCLUS

MGAS Assistance (services à la personne assurés par IMA Assurances)

Inclus

Garanties accessibles dès la souscription du contrat : conseil social, informations juridiques,

Informations et démarches en cas de décès : accompagnement dans les déplacements, aide à la recherche d'un partenaire funéraire, accompagnement suite au décès, aide aux démarches administratives,

Garanties en cas de décès en déplacement : rapatriement de corps, déplacement d'un proche sur le lieu du décès, retour des accompagnateurs.

Vous bénéficiez de ces services additionnels, tels que décrits en annexe de la Notice d'information : MGAS Assistance (services à la personne assurés par IMA Assurances).

LES POINTS SUR LESQUELS NOUS ATTIRONS VOTRE ATTENTION

Le capital souscrit est obligatoirement affecté au règlement de vos frais d'obsèques, à concurrence du coût des obsèques. Il ne peut être utilisé à la convenance du (des) bénéficiaire(s) et donc à des fins étrangères au financement d'obsèques. Il sera donc versé à la personne ayant acquitté vos frais d'obsèques ou directement à l'entreprise de pompes funèbres en charge de vos obsèques. En fonction du montant du capital choisi il peut être insuffisant pour couvrir l'intégralité des frais d'obsèques.

La garantie MGAS Obsèques ne prévoit pas l'organisation des obsèques ou le choix des prestations afférentes.

La Mutuelle s'engage à verser le capital garanti à votre décès, quelle que soit sa date de survenance, **sous réserve du délai d'attente de 12 mois en cas de maladie et des exclusions prévues à la Notice d'information**, y compris si le cumul des cotisations versées est inférieur au capital choisi. **Inversement le cumul des cotisations peut, dans la durée, dépasser le montant du capital garanti. Le capital versé sera limité aux frais réellement engagés pour vos obsèques.**

Pour bénéficier de la garantie il vous suffit de régler la cotisation jusqu'à votre décès. **Si toutefois vous décidez d'arrêter le versement des cotisations en cours de contrat, vous pouvez :**

- Rester assuré pour un capital réduit, inférieur au capital souscrit; sans le bénéfice du service MGAS Assistance Obsèques,
- Mettre un terme à la garantie; dans ce cas, il vous sera versé une valeur de rachat dont la valeur sera inférieure au cumul des cotisations versées.

Nous attirons votre attention sur l'importance de prévenir vos proches de l'existence de ce contrat, afin notamment de diminuer le risque de déshérence des capitaux garantis. A savoir : sous réserve de justifier de la qualité d'héritier, les sommes nécessaires au règlement des frais funéraires du défunt, jusqu'à 5000 €, peuvent être obtenues auprès de la(des) banque(s) teneuse(s) du(des) compte(s) du défunt dans la limite du solde créditeur du(des) comptes et sur présentation de la facture des frais d'obsèques.

FORMULAIRE D'ADHÉSION

À compléter.

PERSONNE À ASSURER

Civilité _____ Nom de naissance _____ Nom marital _____ Prénom _____

Né(e) le _____ À _____ Département de naissance _____

Situation personnelle : Célibataire/veuf/divorcé Marié/partenaire de PACS Concubin/e

Adresse _____

Code postal _____ Ville / Pays _____

Téléphone _____ Portable _____ E-mail _____

Mon numéro d'adhérent MGAS _____ Numéro d'adhérent MGAS de mon conjoint en cas d'adhésion en couple : _____

CAPITAL GARANTI

Conformément à mon besoin exprimé je souscris un capital de :

 2 000 euros 3 000 euros 4 000 euros 5 000 euros 6 000 euros 7 000 euros 8 000 euros

GARANTIES

Le capital obsèques est destiné à couvrir exclusivement tout ou partie des frais d'obsèques. Il s'agit d'un **contrat vie entière** : une fois souscrit, il est acquis jusqu'au décès de l'assuré, sauf réduction ou rachat du contrat (cf. Notice d'information).

Le capital obsèques est acquis sans aucune formalité médicale :

- Immédiatement en cas de décès par accident,
- Après un délai d'attente de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de la souscription en cas de décès par maladie.

Les garanties d'assistance :

- **Garanties accessibles dès la souscription du contrat** : conseil social, informations juridiques,
- **Informations et démarches en cas de décès** : accompagnement dans les déplacements, aide à la recherche d'un prestataire funéraire, accompagnement suite décès, aide aux démarches administratives,
- **Garanties en cas de décès en déplacement** : rapatriement de corps, déplacement d'un proche sur le lieu du décès, retour des accompagnateurs.

Les exclusions et limites de garanties sont décrites dans la Notice d'information.

BÉNÉFICIAIRES

Je désigne comme bénéficiaire du capital garanti à la date de mon décès, à hauteur des frais d'obsèques réels, l'entreprise de pompes funèbres ayant réalisé et pris en charge mes obsèques et/ou la ou les personnes physiques ou morales ayant payé et supporté les frais d'obsèques. Si les frais d'obsèques ont été payés par plusieurs personnes, le capital versé sera réparti au prorata de leur participation aux frais d'obsèques engagés.

COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable par prélèvement bancaire par avance à échéance annuelle. Elle peut également être fractionnée mensuellement et être payable à terme échu. Elle est prélevée sur le compte bancaire enregistré auprès de la MGAS pour le règlement des cotisations de mon contrat frais de santé.

Le montant total mensuel de la cotisation est égal à : _____

Pour information, dans le cadre de la distribution du Contrat, les salariés de la Mutuelle chargés de recueillir les adhésions perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée le cas échéant par une rémunération variable.

PROMOTIONS

Je bénéficie de 3 mois offerts pour toute première adhésion avant le 31 décembre 2024 **et de 10% de réduction sur la cotisation** de chaque contrat en cas d'adhésion simultanée avec mon conjoint.

VALIDATION DE L'ADHÉSION

MES DROITS ET OBLIGATIONS

J'ai été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise préalable à mon adhésion d'une part, d'un exemplaire des Statuts, Règlement Intérieur et Institutionnel, d'autre part, du Règlement mutualiste et ses annexes dont l'IPID, les garanties assurées par la MGAS, IMA Assurances, la Sauvegarde et les informations précontractuelles obligatoires et préalables (articles L221-18 du Code de la mutualité, L222-5 du Code de la consommation et 12 du RGPD).

PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La prise d'effet des garanties se fera à la date d'adhésion souhaitée et au plus tôt le lendemain de la signature du présent bulletin, sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'enregistrement de mon adhésion. L'adhésion dure jusqu'à l'échéance annuelle du contrat, soit le 31 décembre de chaque année, elle est ensuite tacitement renouvelée chaque année le 1er janvier. Je suis informé(e) qu'en cas d'arrêt de travail à la date d'adhésion, alors mon admission aux garanties « Prévoyance » sera effective le lendemain de mon 180ème jour de reprise d'activité ininterrompue. Un délai de stage de 6 mois est applicable aux garanties « Prévoyance » à compter de la date d'effet ou d'admission dans lesdites garanties « prévoyance ».

EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS TRANSMIS

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués dans le présent bulletin d'adhésion (devoir d'information et de conseil, formulaire d'adhésion, mandat de prélèvement SEPA) et avoir pris connaissance des différentes garanties.

DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL

Je reconnais avoir choisi librement les garanties qui correspondent à mes besoins de protection, à ma situation personnelle, à ma situation financière et avoir obtenu une réponse explicite à mes différentes questions au regard de l'obligation de conseil.

DÉLAI DE RENONCIATION À MON ADHÉSION

Je suis informé(e) qu'à compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle ou à compter de la date de réception des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'article L.221-18 du Code de la mutualité si cette réception est postérieure, je peux renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours calendaires. Voici un modèle de formulaire type de renonciation : « Je soussigné(e), [Nom Prénom], demeurant [Adresse], déclare renoncer à mon adhésion [Numéro Adhérent]. [Date et signature] », à envoyer à l'attention de la MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex ou par télécopie au 01 44 10 55 34 ou par e-mail : relation.adherents@mgas.fr

DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La protection des Données Personnelles collectées et traitées constitue un enjeu majeur pour la MGAS conformément à la réglementation (RGPD et autres Codes). Pour en savoir plus sur le responsable de traitement et les partenaires, les traitements effectués, leurs finalités, les catégories de données concernées, les particularités, vous pouvez consulter notre charte « Vie privée » disponible en suivant le lien <https://mgas.fr/charte-vie-privee> ou adressée par voie postale sur simple demande auprès de la MGAS. Elle précise également la liste et les modalités d'exercice de vos différents droits ainsi que les choix possibles, en particulier en matière de consentement et de gestion des traceurs.

J'accepte de communiquer de manière électronique (par mail, SMS, sites internet..) pour recevoir des offres de la MGAS et de ses partenaires ainsi que des documents contractuels, et ce pour un délai de 3 ans. (Si vous ne cochez pas la case la MGAS ne pourra pas vous envoyer ses offres qu'elle communique par mail uniquement).

J'accepte d'être rappelé par la MGAS pour les produits et services qu'elle distribue même si je suis inscrit sur Bloctel, et ce pour un délai de 3 ans. (Si vous ne cochez pas la case la MGAS ne pourra pas vous contacter par téléphone pour vous donner toutes les explications dont vous auriez besoin).

J'accepte d'être mis en relation avec des partenaires de la MGAS susceptibles de vous apporter des solutions au-delà de l'assurance de personnes (prévention, coaching..)

J'accepte de participer à la vie Mutualiste (communication sur le fonctionnement de la gouvernance, invitation à des activités locales ou nationales, informations sur l'action sociale..)

Sous réserve de la transmission du présent document, mon adhésion prend effet :

Soit le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin par la MGAS

Soit le 1^{er} jour d'un mois postérieur au mois de réception du bulletin par la MGAS : ___/___/____ (cette date ne peut être rétroactive)

Lu et approuvé

Fait à _____

Le _____

Signature de la personne à assurer :

Lu et approuvé

Fait à _____

Le _____

Signature du membre participant si la personne à assurer est son conjoint :