



# MGAS OBSÈQUES

## 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](mailto:relation.adherents@mgas.fr)

Par internet : [mgas.fr](http://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, la Note d'information et le Règlement Mutualiste, 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<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, soit le 1<sup>er</sup> 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"/>
Je confirme ne pas avoir déjà souscrit de contrat obsèques auprès d'un autre organisme ?	<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 :  2 000 euros  3 000 euros  4 000 euros  5 000 euros  6 000 euros  7 000 euros  8 000 euros

## CONSEIL ADAPTÉ À VOS RÉPONSES

- Si vous avez répondu OUI à l'ensemble des questions ci-dessus et 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.

**Vous bénéficiez de ces services additionnels, tels que décrits en annexe au Règlement Mutualiste : MGAS Assistance (services à la personne assurés par IMA Assurances) :**

## 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.

## LES POINTS SUR LESQUELS NOUS ATTIRONS VOTRE ATTENTION

Le capital souscrit est obligatoirement affecté au règlement de vos frais d'obsèques, et 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 au Règlement Mutualiste, y compris si le cumul des cotisations versées est inférieur au capital choisi. Inversement le cumul des versements 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.

# 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 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. Règlement mutualiste).

### Le capital obsèques est acquis sans aucune formalité médicale :

- Immédiatement en cas de décès par accident,
- Après une année de 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 en annexe du Règlement Mutualiste.**

## BÉNÉFICIAIRE

Le capital est affecté au financement de mes obsèques et 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. J'ai pris note que le montant choisi et assuré pourrait être insuffisant pour couvrir l'intégralité des frais d'obsèques et que le capital versé se limitera aux seuls frais réellement engagés pour mes obsèques, sur justificatifs.

## COTISATIONS

J'autorise le paiement des cotisations du contrat MGAS Obsèques par prélèvement sur le compte bancaire enregistré auprès de la MGAS pour le règlement des cotisations de mon contrat frais de santé.

# JE VALIDE ET SIGNE MON ADHÉSION

Afin de valider votre demande d'adhésion, merci de cocher chacune des cases et signer cette synthèse.

## 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, de la note d'information, du Règlement Mutualiste et ses annexes, des garanties assurées par la MGAS, IMA Assurances et, d'autre part des informations précontractuelles (article L.221-18 du Code de la mutualité).

## 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.

## EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS TRANSMIS

- Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués dans le présent bulletin d'adhésion et avoir pris connaissance des différentes garanties, des limites et exclusions décrites à la note d'information, au Règlement Mutualiste et ses annexes.

## PRISE D'EFFET DES GARANTIES

- J'ai été informé(e) que la prise d'effet des garanties se fera, soit le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit le 1<sup>er</sup> jour d'un mois postérieur si j'en ai fait la demande à la rubrique «Formulaire d'adhésion».

## 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 à la garantie MGAS Obsèques 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 à la garantie Obsèques de la MGAS (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

## INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

- Les informations recueillies par la Mutuelle sont obligatoires pour une adhésion à la garantie obsèques et un défaut des informations demandées empêchera une adhésion à cette garantie obsèques. Les informations sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le Membre Participant ou l'Assuré bénéficie de garanties, ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excédera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Membre Participant, ou toute personne dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement sur les informations le concernant. Il pourra exercer ce droit d'accès, de rectification, d'opposition ou d'effacement en s'adressant directement à la mutuelle à l'adresse de son siège social à l'attention du Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle dont les coordonnées sont les suivantes : MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex. Le Membre Participant dispose aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès. Le Membre participant a le droit d'introduire une réclamation concernant ses droits auprès de la CNIL (Commission Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy - 75007 Paris).

## COMMUNICATION D'INFORMATIONS OU DE DOCUMENTS CONTRACTUELS PAR SUPPORT ÉLECTRONIQUE

- J'accepte que les informations et les documents contractuels me soient transmis à l'adresse mail que j'ai communiquée à la mutuelle. Je suis informé(e) que je peux m'opposer à l'utilisation de ce support à tout moment. Il suffit que j'en informe la mutuelle et demande à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de nos relations.

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

- le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception du bulletin par la MGAS  
 01 / \_\_\_\_\_ (cette date ne peut être rétroactive)

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer :

précédée de la mention «Lu et approuvé» :

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature du Membre Participant si la personne à assurer est son conjoint :

précédée de la mention «Lu et approuvé» :