mutuelle mos

CAPITAL DECES

(Inclus dans les garanties MOS si adhésion avant 70 ans)

☐ Nouvelle Adhésion ☐ Avenant N° d'adhérent :

Je soussigné(e) ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle NOM ..... Prénom .....

Né(e) le ..... Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Concubins ☐ Pacs

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville ..... ☎ .....

Demande mon adhésion à la mutuelle MOS, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Mutuelle Santé

L'adhérent souscrit aux garanties de la Mutuelle Santé proposées et reconnaît avoir reçu un exemplaire des statuts ainsi qu'un exemplaire des règlements Mutualistes pour le contrat auquel il adhère et en avoir accepté les dispositions. **L'adhésion à la Garantie Santé entraîne l'adhésion obligatoire à la garantie obsèques pour l'adhérent et tous les bénéficiaires inscrits.**

Garantie Obsèques

L'adhérent assuré adhère à la Garantie Obsèques souscrite par la mutuelle MOS auprès de MUTEX et régie par le Code des Assurances.
L'adhérent reconnaît avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat obsèques en inclusion et en accepte les dispositions.
L'adhérent reconnaît être informé que la cotisation totale intègre cette garantie obsèques.

Capital Obsèques garanti : 763 € *(somme limitée à la dépense si enfant de moins de 12 ans)*

Bénéficiaire en cas de décès de l'assuré : Je désigne comme bénéficiaire :

(Si choix particulier pour les enfants, le préciser dans un courrier séparé à joindre à ce document)	**Clause type** Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut mon partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut mon concubin notoire, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers en application des règles de la dévolution successorale légale.	**Clause libre** Si la clause type ne vous convient pas, indiquez l'identité des personnes qui percevront le capital (nom, prénom, date de naissance, adresse, répartition éventuelle entre les bénéficiaires et l'ordre de priorité ou le nom et l'adresse du notaire qui détient la clause bénéficiaire).
Adhérent : **NOM**..... **Prénom**.....	☐	☐ ....
Conjoint inscrit : **NOM**..... **Prénom**.....	☐	☐ ....

Informations légales sur les conséquences de la désignation bénéficiaire :

Vous pouvez désigner le(s) bénéficiaire(s) sur ce document ou ultérieurement par voie d'avenant. Cette désignation peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Si le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez porter sur ce document les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par la Mutuelle MOS lors de votre décès.

Vous pouvez modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, effectuée dans les conditions suivantes : par voie d'avenant signé de la Mutuelle MOS, de l'adhérent et du bénéficiaire, ou par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire, qui devra être notifié à la Mutuelle MOS pour lui être opposable.

Si les deux cases sont cochées (clause libre et clause type) c'est la clause libre qui prévaudra. Si ce document n'est pas joint au bulletin d'adhésion, c'est la clause type qui prévaudra.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur la Mutuelle MOS.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, nous vous informons que les réponses à ces questions sont obligatoires pour la souscription de la garantie. Elles sont destinées à l'organisme ayant recueilli votre adhésion, ainsi qu'à MUTEX, en tant que responsable de traitement et aux réassureurs pour la gestion de votre garantie. Elles pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées à des organismes partenaires à des fins de prospection, ou être utilisées pour le compte de ces derniers, et vous pourrez ainsi recevoir leurs offres. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre : ☐
Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui s'exerce auprès de MUTEX ainsi qu'auprès de l'organisme ayant recueilli votre adhésion.

Fait à ..... le.....

Mention « lu et approuvé » + signature de l'adhérent

Pour la Mutuelle Signature