



INDEMNITE OBSEQUES ANNEXE II

INDEMNITE OBSEQUES

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

L'Indemnité Obsèques complétant l'Assurance Santé MPL, garantit au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent le versement d'un capital décès, libre de toute utilisation, pouvant notamment indemniser tout ou partie des frais d'obsèques.

CAPITAL GARANTI – QUATRE CENT CINQUANTE MILLE FRANCS (450 000 XPF)

AGE A L'ADHESION – 0 à 85 ans inclus

DELAI DE CARENCE – UN AN (1 AN) à compter de la date inscrite sur la demande d'adhésion sauf en cas de décès accidentel résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion d'un suicide ou de toute maladie.

DROIT DE RENONCIATION – Chaque adhérent à titre individuel a la faculté de renoncer à son contrat, par lettre recommandée avec accusé de réception (LR/AR), adressée à la MPL, dans les QUINZE JOURS (15 jours) suivant le paiement de la première cotisation. Cette renonciation entraîne la restitution de l'intégralité des cotisations versées dans les quinze jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée par la caisse.

COTISATIONS

Tranches d'âge	Tarif au mois
0 à 16 ans	1 000 XPF
17 à 54 ans	1 750 XPF
55 à 64 ans	3 000 XPF
65 à 85 ans	4 500 XPF

INDEMNITE OBSEQUES

FORMALITES A REMPLIR A L'ATTENTION DU DEMANDEUR BENEFICIAIRE

Adresser à la MPL, dans un délai maximal de QUINZE JOURS (15 JOURS) suivant la date de déclaration du décès :

- l'extrait de l'acte de décès de l'adhérent
- la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur bénéficiaire, désigné au jour de la souscription du contrat
- un relevé d'identité bancaire ou postal
- l'attestation du demandeur bénéficiaire qui sera fournie par la MPL.



**INDEMNITE
OBSEQUES
ANNEXE II**

INDEMNITE OBSEQUES

ADHESION

A MON CONTRAT MPL N° : M _____

Je soussigné(e), _____ ,

vous prie de bien vouloir prendre en compte à compter du ___ / ___ / _____ la demande d'adhésion à l'Indemnité Obsèques.

Membres de ma famille à garantir

Nom & Prénom Date de naissance	Cotisation <input type="checkbox"/> mois/ <input type="checkbox"/> trim/ <input type="checkbox"/> an	Nom & Prénom du (des) bénéficiaire(s)	Date & lieu de naissance du (des) bénéficiaire(s)

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'attribution de l'Indemnité Obsèques ainsi que des formalités à remplir sus-mentionnées et en accepter les termes.

Fait à _____ , le ___ / ___ / _____ .

Signature du **Demandeur**
précédée de la mention
« *Lu et Approuvé* »

Pour la **MPL**,
Signature de l'Intervenant