

DEVOIR DE CONSEIL

Des ratures ou ajouts peuvent entraîner la nullité de ce devoir de conseil.

Proposition

Avenant

Les informations demandées sont nécessaires afin de déterminer vos besoins en matière de complémentaire santé. Si vous ne transmettez pas ces informations, vous ne pourrez bénéficier d'un conseil adapté à votre situation. Par ailleurs, vous prenez le risque d'adhérer à un contrat non ajusté à vos besoins.

INFORMATIONS RELATIVES AU(X) BÉNÉFICIAIRE(S)

Le souscripteur (vous)

Nom : Prénom :
Code Postal : Ville :
Situation familiale : Situation professionnelle : Régime obligatoire :
Avez-vous actuellement un contrat d'assurance complémentaire santé ? (hors CMU-c ou CSS) Oui Non
Si oui, s'agit-il d'un ? Souhaitez vous couvrir des membres de votre famille ? Oui Non
Si oui, êtes vous couverts au titre du dispositif de portabilité ? Oui Non

Vos ayants-droit

	Civilité	Nom	Prénom	Date de naissance
Conjoint/assimilé(e)				
Enfant				
Enfant				
Enfant				
Enfant				

IDENTIFICATION DE VOS BESOINS DE COUVERTURE SANTÉ

Date d'effet souhaitée :

Les besoins de couverture santé pour le souscripteur et ses éventuels ayants-droit, par poste de dépense :**HOSPITALISATION****DENTAIRE****MÉDECINE
COURANTE****OPTIQUE****AIDES AUDITIVES****MÉDECINE DOUCE,
PÉDICURIE**Quel est le niveau global de garanties souhaité ?

Economique : une prise en charge de premier niveau pour un budget minimum (dispositif 100% santé et ticket modérateur)
Equilibre : une prise en charge modérée qui prend en compte le dispositif 100% santé, des dépassements d'honoraires (soins courants et hospitalisation) notamment
Confort : une prise en charge complète : 100% santé, des dépassements d'honoraires plus importants (soins courants et hospitalisation), optique et dentaire renforcés
Haut de gamme : une prise en charge élevée sur l'ensemble des postes de dépenses

Mention portée au cours de l'entretien :

par le prospect / adhérent

par le conseiller MPOSS

VOTRE BUDGET (mensuel estimé pour couvrir les personnes à assurer) :

Moins de 50€

Entre 50 et 100€

Entre 100 et 150€

Plus de 150€

Souhaitez-vous souscrire un contrat de surcomplémentaire santé, en complément du contrat santé ? Oui Non

Désirez-vous un bilan Prévoyance ? Oui Non Désirez-vous un devis assurances ? Oui Non

CONSEIL MPOSS :

Le conseiller MPOSS déclare proposer la garantie :

elle correspond parfaitement aux besoins exprimés et respecte le budget souhaité.

il s'agit de la garantie MPOSS se rapprochant le plus des exigences exprimées en respectant le budget souhaité.

La cotisation, déterminée en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire à la date d'émission du devoir de conseil, serait de Elle n'est pas contractuelle et n'a qu'une valeur indicative.

A noter que le système de rémunération variable ne favorise pas la souscription d'un produit au détriment de l'intérêt de l'adhérent.

Il est rappelé par la Mutuelle, que le devoir de conseil ne justifie pas la non prise de connaissance des documents contractuels de votre contrat remis par MPOSS.

L'adhérent/prospect choisit de recevoir ce devoir de conseil :

L'adhérent - prospect :

« Je déclare avoir bénéficié avant la souscription du contrat, d'un entretien avec le conseiller MPOSS au cours duquel j'ai pu préciser ma situation familiale et personnelle et mes souhaits de couverture. Les explications de cet entretien m'ont aussi permis de mieux comprendre ce que sont le dépassement d'honoraires, le ticket modérateur, les exclusions, les plafonds de garanties et le 100% santé. Je reconnais avoir pris connaissance des informations précitées et je consens à la collecte et au traitement des données personnelles tels que défini dans le cadre de ce bulletin ».

Date et Signature de l'adhérent potentiel ou de son représentant légal :

Ce devoir de conseil est édité en 2 exemplaires : un pour l'adhérent, l'autre pour la mutuelle. Il est à retourner à votre Mutuelle :

- par voie postale :

MPOSS

174 avenue des Minimes

31200 TOULOUSE

- par voie électronique : contact@mposs.fr

Frais de gestion 2020 sur cotisations hors taxes : 19% - Taux de redistribution 2020 : 72% - Taxe sur les conventions d'assurance contrat responsable : 13.27% - non responsable : 20.27%

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous et vos ayants-droits, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d'un droit au retrait de votre consentement et, pour des motifs légitimes, d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit d'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du responsable Protection des données de la Mutuelle par email à contact@mposs.fr ou par courrier postal adressé à « MPOSS – à l'attention du DPO – 174 avenue des Minimes- 31200 TOULOUSE ». En cas de réclamation relative au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).