

1 - RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Raison sociale :

Numéro entreprise :

Nom du correspondant de l'entreprise :

Fonction du correspondant de l'entreprise :

Adresse du siège social :

Entrée/Bâtiment/Immeuble/Résidence :

Rue/Avenue/Hameau :

Complément de localisation (BP – Lieu-dit) :

Code postal :

Localité :

Téléphone : Fixe :

Portable professionnel :

Mail :

2 - CONTRAT, PRODUIT OU SERVICE VISE PAR LA RECLAMATION

- Santé Décès Prévoyance Assurances
 Autre :

3 - MOTIF DE LA RECLAMATION

- Souscription/Adhésion Technique de vente Tarification
 Gestion du contrat Indemnisation/Prestations Résiliation/Renonciation
 Autre :

4 - DESCRIPTIF DE LA RECLAMATION

(Indiquez de la manière la plus précise, complète et synthétique que possible, le motif de votre réclamation)

5 - MODE DE REPONSE SOUHAITE

Mail

Courrier

6 - LISTE DES PIECES JOINTES*

(* Le cas échéant)

Date et signature

Cadre réservé à la MGPA

Conseiller mutualiste dédié** :

Date de réception de la réclamation :

**en charge du suivi de la réclamation

Vous pouvez adresser votre réclamation au Service Qualité de la MGPA	
Par mail	reclamation@mutuellemgpa.fr
Par courrier	Service Qualité de la MGPA 2bis avenue des Arawaks Immeuble EOLE VI 97200 Fort-de-France

Lorsque les recours sont épuisés et que le différent persiste :

Vous pouvez adresser votre réclamation au Médiateur de la MGPA	
Par mail	reclamation@mutuellemgpa.fr
Par courrier	Mutuelle MGPA Le Médiateur 2bis avenue des Arawaks Immeuble EOLE VI 97200 Fort-de-France