

**1 - RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT**

Nom :

Prénom :

N° d'adhérent :

Adresse – N° Appartement ou de boîte aux lettres :

Etage :

Entrée/Bâtiment/Immeuble/Résidence :

Rue/Avenue/Hameau :

Complément de localisation (BP – Lieu-dit) :

Code postal :

Localité :

Téléphone : Fixe :

Portable :

Mail :

**2 - CONTRAT, PRODUIT OU SERVICE VISE PAR LA RECLAMATION**

- Santé                       Obsèques                       MGPA Vie-entière                       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 MGPA ayant réceptionné la réclamation en agence\*\*:

Date de réception de la réclamation :

\*\*en charge du suivi de la réclamation

<b>Vous pouvez adresser votre réclamation au Service Qualité de la MGPA</b>	
Par mail	<a href="mailto:reclamation@mutuellemgpa.fr">reclamation@mutuellemgpa.fr</a>
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 :

<b>Vous pouvez adresser votre réclamation au Médiateur de la MGPA</b>	
Par mail	<a href="mailto:reclamation@mutuellemgpa.fr">reclamation@mutuellemgpa.fr</a>
Par courrier	Mutuelle MGPA Le Médiateur 2bis avenue des Arawaks Immeuble EOLE VI 97200 Fort-de-France