

# RAPATRIEMENT DE CORPS

Le produit est destiné à tous les résidents musulmans d'origine étrangère qui souhaitent, en cas de décès, que leur corps soit rapatrié et inhumé dans leur pays d'origine dans le pur respect des rites musulmans.

## TABLEAU DES GARANTIES

### Rapatriement de corps vers le pays d'origine :

En cas de décès du bénéficiaire survenu en France métropolitaine, nous prenons en charge :

-Le rapatriement du corps vers l'aéroport international de son pays d'origine, sous réserve de l'obtention des autorisations administratives.

-Les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements spécifiques de transport.

### Transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation :

Nous prenons en charge le transfert du corps depuis l'aéroport international jusqu'au lieu d'inhumation.

### Mise à disposition d'un titre de transport :

Nous prenons en charge le transport aller-retour d'une personne désignée (avion classe économique) afin de procéder aux démarches administratives et d'assister aux obsèques dans le pays d'origine.

### Les frais de cercueil

Ils sont pris en charge.

### Plafond d'indemnisation

Le plafond d'indemnisation total de la prise en charge est limité à 3000 euros.

## AGE LIMITE A L'ADHESION

Adhésion possible pour les personnes âgées de 18 ans minimum. Pour les contrats familiaux : âge des enfants limités à 24 ans pour les contrats classiques et 18 ans pour les contrats seniors (plus de 50 ans).

Age limite de souscription : 69 ans

## TERRITORIALITE

**Lieu de résidence habituel :** France métropolitaine

**Lieu d'inhumation :** Algérie, Maroc et Tunisie

## EFFET ET DELAIS DE CARENCE

Pas de délais de carence pour les contrats individuels et familial pour les personnes de moins de 50 ans.

Le contrat est effet immédiat pour tout décès accidentel.

Les contrats seniors comportent un délai de carence de 6 mois suite à la souscription si le décès survient à une maladie



# BULLETIN ADHESION ASSURANCE RAPATRIEMENT DE CORPS

AFFILIATION

RENOUELEMENT CONTRAT N°

FORMULE D'ADHESION :

FAMILLE

Nom de l'assuré principal :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

## ADHESION FAMILIALE :

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu d'inhumation
Epoux				
Epouse (nom de jeune fille)				
Enfant à charge				
Enfant à charge				
Enfant à charge				

Je soussigné, déclare :

Être en bonne santé à ce jour, de même que mon conjoint et mes enfants éventuellement désignés au titre de cotisation familiale et au nom desquels j'agis en qualité de mandataire. Qu'à l'exception de mon conjoint, les mentionnés au titre de la cotisation familiale sont fiscalement à ma charge et vivent sous le même toit.

Je reconnais ne pas être en convalescence et/ou en cours de traitement pour une maladie non encore totalement guéri ou non-consolidée au jour de l'adhésion à, ce contrat.

Cachet du souscripteur :

Fait à

Le

Signature :