

P \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# BULLETIN D'ADHÉSION ■ MMJ-LES ESSENTIELLES

OFFRE SANTÉ - PARTICULIERS

L'offre MMJ-Les Essentielles est distribuée par la MMJ, assureur des garanties santé.

## ► MA SITUATION PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE

Merci de renseigner les informations demandées  
EN LETTRES CAPITALES

N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | |

NOM (usuel) : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Né(e) le : | | | | | | | | | | à (ville, pays) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : | | | | | Ville : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Tél. personnel : | | | | | | | | | | | | | | | | | Tél. prof. : | | | | | | | | | | | | | | |

Célibataire  Marié (e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Ma dernière complémentaire santé : \_\_\_\_\_

**Situation professionnelle** : cochez la case correspondant à votre situation

Étudiant  Salarié  Autre  Retraité(e)

## CHOIX DES GARANTIES SANTÉ

► **POUR MOI - Je choisis**  Néo Santé  Hospit' Santé

## ► MA FAMILLE

Je choisis l'extension de ma garantie santé pour :

**Mon (ma) conjoint(e), partenaire de pacs, concubin(e)**

NOM (usuel) : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Né(e) le : | | | | | | | | | |

N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | |

Régime de Sécurité sociale :  Général  Fonctionnaire  Autre - Préciser : \_\_\_\_\_

**Mon (mes) enfant(s) affilié(s) sous mon n° de Sécurité sociale ou celui de mon conjoint**

NOM	PRENOMS	SEXE	DATE DE NAISSANCE	M-P <sup>(4)</sup>
_____	_____			
_____	_____			
_____	_____			
_____	_____			

<sup>(4)</sup> Indiquer si l'enfant est affilié au régime d'Assurance maladie de la mère (M), du père (P) ou des deux (M-P).

Parapher ici :



## PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- ▶ Copie de l'attestation de droits à l'Assurance maladie datant de moins de 3 mois pour l'adhérent (vous-même) et chaque ayant droit (conjoint, enfant) dont l'inscription est demandée (sauf en cas de souscription uniquement à la garantie de prévoyance)
- ▶ Copie du dernier bulletin de paie, à défaut une attestation du service gestionnaire (pour les retraités, copie du titre de pension et du dernier avis d'imposition)
- ▶ **Relevé d'identité bancaire** de l'adhérent (vous-même)
- ▶ Copie de la pièce d'identité recto/verso en cours de validité de l'adhérente et de la personne concernée par la garantie
- ▶ Copie du justificatif de domicile personnel (ou certificat d'hébergement par l'établissement de formation ou d'un tiers)
- ▶ Si vous résidez à l'étranger ou si votre compte bancaire est domicilié à l'étranger, des pièces supplémentaires vous seront demandées.

### Changement de situation personnelle

Les adhérents sont tenus de signaler les modifications qui surviennent dans leur situation (changement d'adresse, changement de régime d'assurance maladie...) ou celles de leurs ayants droit (naissance, radiation...) dans le mois qui suit au service relation adhérent de la MMJ.

Dans le cas où la notification n'est pas faite dans ce délai, la MMJ ne peut être tenue pour responsable. En conséquence, nul ne pourra prétendre, ni au paiement des prestations qui de ce fait, n'auraient pas été servies ni au remboursement des cotisations qui auraient été indûment payées.

Vous pouvez suivre le remboursement de la part complémentaire (MMJ) dans votre espace adhérent sur le site [mmj.fr](http://mmj.fr).

Parapher ici :

## Traitement des réclamations, conciliations et médiations :

- ▶ Le traitement des réclamations est effectué par le service Réclamations. Les adhérents peuvent au choix : adresser un courrier contenant leur numéro de contrat, nom, prénom, adresse postale, mail et objet de la réclamation à l'adresse suivante : Cellule Réclamation MMJ – 53 rue de Rivoli – 75038 Paris Cedex 01 ou bien transmettre leur réclamation en se connectant sur leur espace adhérent.
- ▶ Si l'adhérent souhaite contester la réponse fournie par le service Réclamations, il peut formuler un recours auprès du conciliateur de la Mutuelle désigné par le Conseil d'Administration, en adressant un courrier à l'adresse ci-dessus mentionnée et en ajoutant sur l'enveloppe et le courrier « A l'attention de Monsieur le Conciliateur interne de la MMJ ».
- ▶ Si le désaccord persiste, le membre participant peut alors saisir gratuitement le service fédéral de médiation de la Mutualité Française en adressant son courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15 ou en allant sur le site du médiateur : [mediateur-mutualite.fr/](http://mediateur-mutualite.fr/). Cette saisine du médiateur ne peut pas être recevable sans demande de conciliation préalable et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la MMJ. Conformément à l'article R.612-5 du code de la consommation, un avis sera rendu au plus tard dans le délai de 90 jours, sauf en cas de litige complexe. L'avis du médiateur ne s'impose pas aux parties et le recours au juge reste possible. La médiation mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été préalablement engagée.

## Communication ratios/frais de gestion

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. Il s'élève à 82,83 %.

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. Il s'élève à 19,42 %.

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.

## Protection des données à caractère personnel

La MMJ et MFPrévoyance collectent et traitent vos données à caractère personnel, en qualité de responsables de traitement. Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande d'adhésion par la MMJ et MFPrévoyance - responsables des traitements - ainsi qu'à leurs sous-traitants, prestataires techniques et partenaires contractuels.

Ces données collectées sont également nécessaires à la gestion de vos garanties, à celle de la gestion administrative et commerciale de la relation adhérent et des contrats conclus ou à conclure dans ce cadre ainsi qu'à l'exécution des obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre les impayés, la fraude, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elles peuvent également être utilisées pour l'envoi d'offres commerciales ouvertes adaptées au profil du membre participant.

Ces données seront conservées durant toute la vie des garanties et ensuite, jusqu'à expiration des délais de prescription et de conservation imposés par la réglementation.

Conformément à la loi Informatique et Libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant. Vous pouvez également retirer le consentement donné à certaines opérations, demander la limitation de leur traitement ou vous y opposer sous certaines conditions réglementaires. Enfin, vous pouvez prévoir des directives quant au sort de vos données personnelles après votre décès. En remplissant ce bulletin, vous reconnaissez avoir pris connaissance de votre obligation d'informer vos éventuels bénéficiaires ou ayants droit de leurs droits au regard des données personnelles les concernant.

### Réclamation

Pour exercer ces différents droits ainsi que pour toute réclamation touchant à la collecte ou au traitement des données à caractère personnel, vous pouvez contacter directement la MMJ par courrier à l'attention du Délégué à la Protection des Données ou par courriel à [dpo@mmj.fr](mailto:dpo@mmj.fr) en joignant un justificatif d'identité.

En cas de désaccord persistant concernant ces données, vous pouvez saisir la CNIL à l'adresse suivante :

### Commission Nationale Informatique et Libertés

3 place de Fontenoy - 75007 Paris  
01 53 73 22 22  
[www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

## Je valide mon adhésion

Afin de valider ma demande d'adhésion, je complète et signe ce document

### Cocher les cases

#### Mes droits et mes obligations

- Je déclare avoir pris connaissance et accepter les termes, des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle, du règlement mutualiste de l'offre MMJ-Les Essentielles.

#### Devoir d'information et de conseil

- Je reconnais avoir choisi librement la garantie santé qui correspond à mes besoins de protection, au regard des informations que j'ai données sur ma situation personnelle, professionnelle et financière.  
Je reconnais avoir pris connaissance du document d'information sur le produit d'assurance (documents d'information pré-contractuels et IPID) et avoir obtenu une réponse explicite à mes différentes questions.

#### Exactitude des renseignements transmis

- Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés dans le présent bulletin d'adhésion.

#### Prise d'effet de mon adhésion

- Je déclare accepter les conditions sur la date de prise d'effet de mon adhésion et avoir pris connaissance des conditions générales d'adhésion ainsi que du délai de renonciation dans le cadre d'un démarchage ou d'une vente à distance.

#### Envoi d'information par la MMJ

En cas d'évolution sur ses offres et garanties, la MMJ peut choisir de vous informer. Vous pourrez à cette occasion accepter ou non de recevoir ces informations. De même nos partenaires peuvent proposer des produits pouvant vous concerner. Merci d'indiquer ici votre préférence :

J'accepte de recevoir des offres des partenaires de la MMJ :  Oui  Non

#### Conditions générales d'adhésion

**DROITS ET OBLIGATIONS :** Je déclare avoir été informé(e) des tarifs et garanties de l'offre choisie et d'autre part, des informations précontractuelles (article L. 221-18 du code de la mutualité). J'ai également pris acte que mes droits et obligations, y compris le montant de ma cotisation, sont susceptibles d'être modifiées par décision de l'assemblée générale de la MMJ ou du conseil d'administration.

**EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS TRANSMIS :** Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués dans le présent bulletin d'adhésion et reconnais que toute réticence ou déclaration inexacte intentionnelle qui pourrait changer l'appréciation du risque à garantir entraîne, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du code des assurances, la nullité du contrat et la déchéance des garanties du contrat. Je m'engage donc à déclarer toutes circonstances nouvelles de nature à modifier les déclarations ci-dessus dans un délai d'un mois à compter du jour où j'en ai eu connaissance

**CONDITIONS D'ADHESION :** J'ai été informé(e) que la prise d'effet des garanties se fera, sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires pour l'enregistrement de mon adhésion : soit le 1er jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit le 1er jour d'un mois postérieur si j'en fais la demande.

L'adhésion est annuelle à échéance du 31 décembre de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction. Je peux demander la résiliation de ma garantie santé à tout moment, à la condition de justifier de 12 mois d'adhésion minimum et cette résiliation prendra effet au plus tard à la fin du mois suivant le mois de réception de la demande.

Attention, si je dois remplir un questionnaire de santé, j'ai pris acte que ma souscription aux garanties prévoyance est subordonnée à son examen par l'assureur et que mon adhésion ne pourra prendre effet qu'à compter du 1er jour du mois suivant mon acceptation de la proposition de l'assureur.

**DELAI DE RENONCIATION A MON ADHESION DANS LE CADRE D'UN DEMARCHAGE OU D'UNE VENTE A DISTANCE :** Je reconnais avoir été informé(e) qu'à compter de la date de prise d'effet de mon adhésion, je bénéficie, dans un délai de 15 jours calendaires, d'un droit à renonciation susceptible d'être exercé selon les modalités définies dans le règlement de l'offre MMJ. Cette renonciation entraîne le remboursement des cotisations encaissées par la Mutuelle et des prestations perçues. Elle peut être faite par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse MMJ 53 rue de Rivoli 75038 Paris cedex 01 ou par recommandé électronique à l'adresse suivante « [adhesion@mmj.fr](mailto:adhesion@mmj.fr) », dans les termes suivants :

« Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à l'adhésion à l'offre MMJ. Je vous remercie de bien vouloir me rembourser, sous réserve d'une éventuelle déduction des prestations perçues, les sommes versées au titre de mon adhésion dans un délai de trente jours calendaires à compter de la réception de la présente. »

**INFORMATION SUR LA RÉMUNÉRATION DES PERSONNELS DE LA MMJ ASSURANT UN RÔLE DE CONSEIL DES PROSPECTS :** Vos interlocuteurs sont des salariés de la MMJ assurant une mission de distribution des garanties mutualistes et de conseil. Ils ne perçoivent aucune rémunération variable au titre de leurs missions.

Date d'adhésion souhaitée :

Fait à :

Le :

Signature

Ne pas oublier de signer également le mandat SEPA et de parapher les autres pages

Parapher ici :

## Mode de paiement des cotisations

Votre cotisation santé doit être acquittée par prélèvement bancaire.

À ce titre, vous complétez et signez le mandat SEPA ci-dessous en y joignant votre RIB.

### MANDAT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise la MMJ pour **le recouvrement des cotisations afférentes au contrat santé MMJ-Sécurité** à envoyer des instructions à ma banque pour débiteur mon compte, et ma banque à débiteur mon compte conformément aux instructions de la MMJ.

Je bénéficie du droit d'être remboursé(e) par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. La demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Mes droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que je peux obtenir auprès de ma banque.

### Débiteur

#### Vos coordonnées

Nom :  Prénom :

Adresse :

CP :     Ville :

N° adhérent :

#### Identification du compte bancaire à débiter

IBAN-Numéro d'identification international de compte bancaire

F  R

BIC-code international d'identification de votre banque

#### Référence unique du mandat (Zone réservée à la MMJ, ne pas compléter)

### Créancier

MMJ - 53 Rue de Rivoli - 75038 PARIS CEDEX 01  
ICS (Identifiant Créancier SEPA) : FR41ZZZ142638

#### TYPE DE PAIEMENT : RÉCURRENT

Je prends note que le délai de notification de l'émission du 1<sup>er</sup> prélèvement, fixé à 14 jours calendaires avant la date d'échéance, pourra ne pas être tenu, dans un souci de qualité de service.

Fait à :

Le :

Signature