

BULLETIN D'ADHÉSION OPTIMA

■ SURCOMPLÉMENTAIRES SANTÉ

▶ MA SITUATION PERSONNELLE

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 COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Je suis adhérent à la MMJ

Je ne suis pas adhérent à la MMJ - Nom de ma complémentaire santé : _____

▶ CHOIX DE MA SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ OPTIMA

Les surcomplémentaires Optima Sup et Optima Max sont réservées aux personnes souscriptrices d'un contrat complémentaire de base **responsable et solidaire**.

La surcomplémentaire Optima Hospit peut être souscrite quel que soit le contrat complémentaire de base.

▶ **Pour moi, je choisis** Optima Sup *ou* Optima Max *et/ou* Optima Hospit

▶ Ma famille

L'adhésion à une surcomplémentaire OPTIMA peut s'effectuer de manière indépendante pour le membre participant, son conjoint et leurs enfants ayants droit (adhérents à la complémentaire santé de base MMJ ou adhérents à une autre complémentaire santé). Toutefois, l'adhésion d'un enfant implique l'adhésion de l'ensemble des enfants ayants droit du contrat MMJ ainsi que du parent dont il relève pour les droits à l'Assurance maladie (membre participant ou conjoint). Cf. règlement de l'Offre MMJ-OPTIMA Paragraphe II : Conditions d'adhésion.

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

NOM (usuel) : _____ Prénoms : _____

Nom de naissance : _____ Né(e) le : | | | | | | | | | |

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

Je choisis pour mon conjoint : Optima Sup *ou* Optima Max *et/ou* Optima Hospit

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

La garantie santé des enfants est obligatoirement celle choisie par l'adhérent.

NOM	PRÉNOMS	SEXE	M-P-C-A ⁽¹⁾	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE/DATE DE NAISSANCE
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N° : Né(e) le :
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N° : Né(e) le :
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N° : Né(e) le :
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N° : Né(e) le :

⁽¹⁾ Indiquer si l'enfant est affilié au régime d'Assurance maladie de la mère (M), du père (P) ou des deux (M-P).

Mon (mes) enfant(s) affilié(s) de leur propre chef à un régime d'Assurance maladie

Pour ces enfants, vous pouvez choisir une garantie santé propre à chacun.

Indiquez dans le tableau ci-dessous pour chacun de ces enfants bénéficiaires, la garantie santé choisie et leur numéro d'affiliation à la Sécurité sociale.

NOM	PRÉNOMS	GARANTIE SANTÉ CHOISIE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE/DATE DE NAISSANCE
		<input type="checkbox"/> Optima Sup <input type="checkbox"/> Optima Max <input type="checkbox"/> Optima Hospit	N° : Né(e) le :
		<input type="checkbox"/> Optima Sup <input type="checkbox"/> Optima Max <input type="checkbox"/> Optima Hospit	N° : Né(e) le :
		<input type="checkbox"/> Optima Sup <input type="checkbox"/> Optima Max <input type="checkbox"/> Optima Hospit	N° : Né(e) le :

Les enfants peuvent être inscrits sur le dossier de l'adhérent jusqu'au 31 décembre suivant leur 28^{ème} anniversaire à la condition d'être à charge fiscalement.

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 professionnelle et/ou personnelle

Les adhérents sont tenus de signaler les modifications qui surviennent dans leur situation (changement d'adresse, mutation...) 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.

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/. 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

Conformément au Règlement n° 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données « RGPD » et à la loi « Informatiques et Libertés » modifiée le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par MFPrévoyance et la MMJ.

La MMJ collecte et traite vos données personnelles en qualité de responsable du traitement.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance; l'exercice des recours et la gestion des réclamations; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale; les statistiques commerciales; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire. Elles pourront être transférées à votre Assureur, MFPrévoyance qui est responsable des traitements de gestion des sinistres, des contentieux et qui peut utiliser vos données personnelles pour la réalisation de statistiques à des fins de tarification.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de MFPrévoyance et la MMJ; ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPO par courrier (MFPrévoyance - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr) et auprès de la MMJ concernant les traitements pour lesquels elle est responsable en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité en cours de validité à la MMJ par voie postale (MMJ Délégué à la protection des données, adresse : 53, rue de Rivoli - 75038 paris cedex 01) ou par courriel (dpo@mmj.fr)

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 (53, rue de Rivoli - 75038 paris cedex 01) ou par courriel à 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

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.

Devoir d'information et de conseil

- Je reconnais avoir choisi librement les garanties Santé et/ ou Prévoyance qui correspondent 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 (des) document(s) d'information sur le(s) produit(s) 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.

DELAÏ 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 », 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 la désignation de bénéficiaire et le mandat SEPA et de parapher les autres pages

Parapher ici :

Mode de paiement des cotisations

Votre cotisation santé ou/et prévoyance 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 / prévoyance MMJ à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter 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

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^{er} prélèvement, fixé à 14 jours calendaires avant la date d'échéance, pourra ne pas être tenu, dans un souci de qualité de service.

Je choisis un prélèvement mensuel au : 5 de chaque mois ou 15 de chaque mois

Fait à :

Signature

Le :

Parapher ici :