

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

# BULLETIN D'ADHÉSION ■ MMJ-SÉCURITÉ

## FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

MMJ-SÉCURITÉ FPT distribuée par la MMJ est une offre labellisée santé-prévoyance s'adressant à tous les agents de la Fonction publique territoriale. Les garanties sont respectivement assurées par la MMJ pour la santé et par MFPrévoyance pour la prévoyance. Elles peuvent être couplées ou souscrites isolément.



### ► 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 : \_\_\_\_\_ Contrat ou règlement labellisé :  Oui     Non

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

 Date de 1<sup>ère</sup> nomination dans la Fonction publique : | | | | | | | | | | Indice majoré<sup>(1)</sup> : | | | | | | | | | |  
 **Titulaire** ou  **Contractuel** :    Fonction : \_\_\_\_\_ Corps : \_\_\_\_\_  
 Collectivité d'affectation :     Région     Département    Nom de la collectivité : \_\_\_\_\_  
 Retraité(e)     Commune     Autre    Ville : \_\_\_\_\_  
 **Autre** : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Pour les retraités, celui figurant sur le titre de pension

### CHOIX DES GARANTIES SANTÉ

► **POUR MOI - Je choisis**     Niveau 1     Niveau 2     Niveau 3     Niveau 4     Niveau 5

### ► POUR MA FAMILLE

Le choix d'une garantie santé par l'adhérent entraîne le même choix pour le(s) ayant(s) droit qui lui est (sont) rattaché(s). Cf. règlement de l'Offre MMJ-Fonction publique territoriale santé et prévoyance Paragraphe IV : choix des garanties.

 **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 : \_\_\_\_\_

**Je choisis pour mon conjoint :**

 L'extension de ma garantie santé  
 Une garantie différente de la mienne <sup>(2)</sup>     Niveau 1     Niveau 2     Niveau 3     Niveau 4     Niveau 5

<sup>(2)</sup> S'il est affilié de son propre chef à un régime d'Assurance maladie

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

NOM	PRÉNOMS	SEXE	M-P-C-A <sup>(1)</sup>	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 :

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

**La garantie santé des enfants est celle choisie par le membre participant.**

 **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"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 <input type="checkbox"/> Niveau 4 <input type="checkbox"/> Niveau 5	N° : Né(e) le :
		<input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 <input type="checkbox"/> Niveau 4 <input type="checkbox"/> Niveau 5	N° : Né(e) le :
		<input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 <input type="checkbox"/> Niveau 4 <input type="checkbox"/> Niveau 5	N° : Né(e) le :

Les enfants peuvent être inscrits sur le dossier de l'adhérent jusqu'au 31 décembre suivant leur 28<sup>ème</sup> 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.

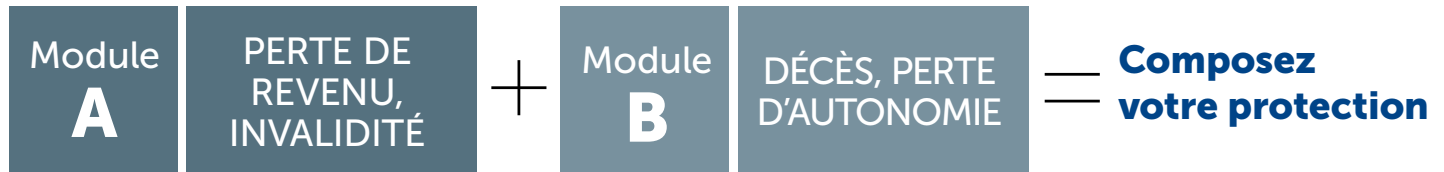
## Changement de situation professionnelle et/ou personnelle

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 :

## Choix des garanties prévoyance

### VOTRE CONTRAT PRÉVOYANCE



► Les actifs doivent souscrire à un niveau de garantie dans chacun des deux modules.

► Les retraités ne souscrivent qu'à l'un des niveaux des garanties du module B-Décès-Perte d'autonomie.

#### MODULE A PERTE DE REVENU, INVALIDITÉ

Choisir le niveau de garantie	★ NIVEAU 1	★★ NIVEAU 2	★★★ NIVEAU 3	★★★★ NIVEAU 4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### MODULE B DÉCÈS, PERTE D'AUTONOMIE

Choisir le niveau de garantie	★ NIVEAU 1	★★ NIVEAU 2	★★★ NIVEAU 3	★★★★ NIVEAU 4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**⚠ ATTENTION, VOUS NE POUVEZ PAS CHOISIR LES COMBINAISONS SUIVANTES :**



#### Questionnaire de santé

Le candidat à l'assurance au titre du contrat prévoyance doit remplir un questionnaire de santé :

- s'il opte pour l'un des modules suivants : Module A4, Module B4.
- s'il est dans une des deux situations suivantes :
  - . âgé de plus de 45 ans au jour de la demande d'adhésion
  - . ancienneté de plus de 5 ans dans la Fonction publique, quel que soit le statut.

Ce questionnaire de santé vous sera remis ou adressé par la MMJ.

#### Désignation de bénéficiaire en cas de décès (cf. page suivante)

Parapher ici :

## Désignation du (des) bénéficiaire(s) du capital décès

L'adhérent fait le choix de désignation du ou des bénéficiaire(s) selon l'une des deux formules suivantes : **Formule générale ou Formule particulière (cf. article 13.3 de la notice PREMIO M001/PREV'MUT SÉCURITÉ)**

### Règles générales

La désignation de bénéficiaire(s) a pour objet de désigner un ou plusieurs bénéficiaires au(x)quel(s) sera versé le capital décès dû au titre du contrat PREMIO M001/PREV'MUT SÉCURITÉ dans l'hypothèse du décès de l'adhérent.

La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée. Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsqu'elle n'est plus appropriée notamment en cas de changement de situation personnelle ou familiale (mariage, naissance, ...).

La désignation de(s) bénéficiaire(s) peut-être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Elle reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou modifiée.

Sauf acceptation par le bénéficiaire, l'adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, sa désignation de(s) bénéficiaire(s).

L'acceptation du bénéficiaire peut prendre la forme d'un avenant signé de l'adhérent, du bénéficiaire et de l'assureur.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous seing privé signé de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle n'aura alors d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit.

Conformément aux dispositions de l'article L. 132-9 du code des assurances, cette acceptation rend la désignation du bénéficiaire irrévocable. Ainsi, la modification de la désignation ne sera possible qu'avec l'accord préalable et écrit du bénéficiaire.

### Formule générale

Le capital sera versé par ordre de priorité :

À mon **conjoint survivant non séparé de corps** par un jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou par convention homologuée par le juge, non divorcé ou à mon **partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**, non séparé ou à défaut à mon **concubin** (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès).

À défaut, à **mes enfants nés ou à naître**, vivants ou représentés, par parts égales.

À défaut à **mes ascendants** par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux.

À défaut à **mes autres héritiers** par parts égales entre eux.

OU

### Formule particulière

L'adhérent a le choix de désigner un bénéficiaire unique ou de choisir une pluralité de bénéficiaires avec une répartition du capital.

### Recommandations pour la rédaction de la désignation particulière de bénéficiaire(s)

Je souhaite désigner mon conjoint ou mon partenaire lié par un PACS ou mon concubin

Il n'est pas nécessaire de rédiger une désignation particulière sauf en cas de désignation particulière en sous ordre. La formule générale s'appliquera sauf dans l'hypothèse où vous souhaitez désigner d'autres bénéficiaires en sous ordre.

Je souhaite désigner mon ou mes enfants

Il est préférable de ne pas mentionner leur nom mais d'indiquer « mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux, vivants ou représentés ». Dans le cas contraire, cela exclurait les enfants à naître.

Je souhaite désigner nominativement une ou plusieurs personnes

Préciser obligatoirement le(s) nom(s), prénom(s), date(s) de naissance et adresse(s) de(s) ce(s) bénéficiaire(s). Exemple : « Je désigne Simone Durand, née le 23/01/1957 et habitant au 26 rue de Paule à Montlhéry ».

**ATTENTION** : si vous désignez votre conjoint, partenaire lié par un PACS ou votre concubin par son nom, cette désignation s'appliquera en cas de séparation en l'absence de toute modification.

### Principes à retenir pour toute désignation au profit de plusieurs bénéficiaires

- ▶ **Si la première personne désignée est prioritaire** : faire suivre sa désignation de la mention « ou à défaut » complétée d'un ou plusieurs bénéficiaires et ainsi de suite pour les autres bénéficiaires prévus.
- ▶ **Si tous les bénéficiaires désignés le sont par parts égales** : faire suivre l'énumération des bénéficiaires de la mention « par parts égales et, en cas de décès de l'un d'eux, la totalité aux survivants par parts égales » pour permettre le report de la part du bénéficiaire qui décéderait lui-même avant l'assuré aux autres bénéficiaires.
- ▶ **Si tous les bénéficiaires désignés le sont par parts inégales** : exprimer la part attribuée en % du capital total et désigner un autre bénéficiaire en cas de décès de celui désigné en premier lieu en utilisant la mention « ou à défaut ».

En cas de répartition en % du capital entre plusieurs bénéficiaires, la somme doit représenter 100 % du capital.

### Désignation d'une personne morale

Si vous souhaitez désigner une personne morale (exemple : association...), il faut indiquer la raison sociale, le numéro de SIRET et l'adresse postale, le téléphone et l'email. La personne morale désignée bénéficiaire doit avoir la capacité de recevoir des libéralités.

Parapher ici :

## Ma désignation

Je choisis la **FORMULE GÉNÉRALE**

FORMULE PRÉCÉDEMMENT DÉCRITE PAGE 4

Je ne choisis pas la formule générale  
et je fais le choix d'opter pour la  
**FORMULE PARTICULIÈRE**

**À REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS SOUHAITEZ  
DÉROGER À LA FORMULE GÉNÉRALE**

Nous vous invitons à lire préalablement les recommandations de rédaction de la désignation particulière de bénéficiaire avant de remplir les lignes ci-dessous.

Je soussigné(e), après avoir pris connaissance des garanties fixées au contrat d'assurance cité ci-dessus, souhaite désigner  
(**écrire les noms en majuscule et sans ratures**) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : | | | | | | | | | |

**Signature du demandeur**

(précédée de la mention « lu et approuvé ») ► \_\_\_\_\_

Signature

**Important** : Le document doit être daté et signé, écrit avec la même encre

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<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.

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

Fait à :

Signature

Le :

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

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](mailto: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](mailto: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](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, de la notice du contrat prévoyance et de son annexe « Détail des garanties et tarifs. »

#### 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 :