



BULLETIN D'ADHÉSION - MMJ-RÉFÉRENCE

AGENTS DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE

L'offre MMJ-Référence distribuée par la MMJ est une offre conçue pour les agents du ministère de la Justice et réservée à ceux-ci. Elle est composée de garanties dont l'assureur est la MMJ pour la santé et MFPrévoyance pour la prévoyance.

► MA SITUATION PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE

Merci de renseigner les informations demandées
EN LETTRES CAPITALES

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

NOM (usuel) : _____ Prénom : _____

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

Date de 1^{ère} nomination au ministère de la Justice : | | | | | | | | | | | | | | | | | Indice majoré⁽¹⁾ : | | | | | | | | | | |

Élève ou **Stagiaire** : Promo : _____ Corps : _____ Ecole : _____

Titulaire ou **Contractuel** : Fonction : _____ Corps : _____

Etablissement ou AP PJJ Dénomination : _____

jurisdiction d'affectation : Jurisdiction Autre Ville : _____

Date de ma nomination dans la Fonction publique d'Etat : | | | | | | | | | | | | | | | | |

Retraité(e) Affectation antérieure : AP PJJ Jurisdiction Autre

⁽¹⁾ Pour les retraités, celui figurant sur le titre de pension

CHOIX DES GARANTIES SANTÉ

► **POUR MOI - Je choisis** Néo Santé Vita Santé Multi Santé Multi Santé +

► **MA FAMILLE - Je demande l'extension de ma garantie santé aux personnes mentionnées ci-dessous**

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

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

NOM (usuel) : _____ Prénom : _____

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

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

Régime de Sécurité sociale : Général Fonctionnaire Autre - Préciser : _____

Situation : Sans revenu (ou revenus inférieurs à 579 € brut joindre justificatif) Avec revenus (revenus supérieurs à 579 € brut)

Mon conjoint choisit une garantie santé différente de la mienn⁽²⁾ Oui Non

Si oui, je précise son choix Néo Santé Vita Santé Multi Santé Multi Santé +

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

Mutuelle du Ministère de la Justice (MMJ)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le N° Sirene 775 657 521

Siège social : 53, rue de Rivoli - 75038 Paris Cedex 01 Tél : 01 44 76 68 68 - Fax : 01 44 76 67 60

MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance, au capital de 81 773 850 euros, régie par le code des assurances, Immatriculée au RCS PARIS n°507 648 053,

Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13

Parapher ici :

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

NOM	PRENOM	SEXE (M-F)	DATE DE NAISSANCE	M-P ⁽¹⁾
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

⁽¹⁾ 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	PRÉNOM	GARANTIE SANTÉ CHOISIE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE/DATE DE NAISSANCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Néo Santé <input type="checkbox"/> Vita Santé <input type="checkbox"/> Multi Santé <input type="checkbox"/> Multi Santé+	N° : Né(e) le :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Néo Santé <input type="checkbox"/> Vita Santé <input type="checkbox"/> Multi Santé <input type="checkbox"/> Multi Santé+	N° : Né(e) le :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Néo Santé <input type="checkbox"/> Vita Santé <input type="checkbox"/> Multi Santé <input type="checkbox"/> Multi Santé+	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**



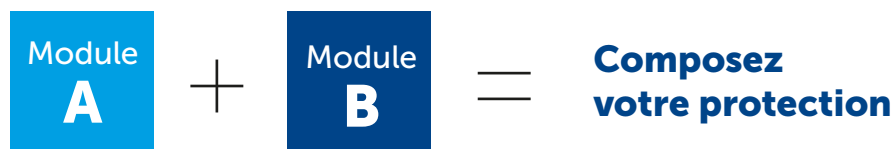
- ▶ Copie de l'attestation de droits à l'Assurance maladie datant de moins de 3 mois pour l'adhérent (vous-même) et chaque ayant droit (conjoint, enfant) dont l'inscription est demandée (sauf en cas de souscription uniquement à la garantie de prévoyance)
- ▶ Copie du dernier bulletin de paie, à défaut 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)
- ▶ Un justificatif des revenus de votre conjoint s'il demande à bénéficier d'une garantie santé et s'il dispose de revenus personnels mensuels inférieurs à 579 € brut

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 – PREMIO M001



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 :
Module A Niveau 4 + Module B Niveau 1
ou
Module A Niveau 1 + Module B Niveau 4

Questionnaire de santé

À compter du 01/07/2019, vous devrez compléter un questionnaire de santé si, à la date de votre adhésion, vous avez plus de 45 ans ou si vous êtes entré(e) dans la Fonction publique depuis plus de 5 ans.

Si vous faites le choix d'une garantie de niveau 4 dans l'un ou/et l'autre des deux modules, vous devrez également remplir un questionnaire de santé :
- jusqu'au 30/06/2019, si vous avez plus de 45 ans ou êtes entré(e) dans la Fonction publique depuis plus de 5 ans.
- à compter du 01/07/2019 quel que soit votre âge et votre ancienneté dans la Fonction publique.

Ce questionnaire de santé vous sera remis ou adressé.

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

Tableau résumé de la notice PREMIO M001

Module A	Perte de revenu, invalidité			
Niveau	NIVEAU 1 ★	NIVEAU 2 ★★	NIVEAU 3 ★★★	NIVEAU 4 ★★★★
♦ ITT - garantie perte de traitement ⁽¹⁾	75 %	90 %		100 %
♦ Perte de primes	Néant	15 %	30 %	45 %
♦ Prise en charge du jour de carence ⁽²⁾	Néant	Forfait/jour		
♦ Invalidité ⁽¹⁾	Néant		75 %	

⁽¹⁾ montants garantis en % du traitement brut mensuel

⁽²⁾ 65 €, 85 € ou 125 € selon la catégorie C, B ou A



Module B	Décès, perte d'autonomie			
Niveau	NIVEAU 1 ★	NIVEAU 2 ★★	NIVEAU 3 ★★★	NIVEAU 4 ★★★★
♦ Capital décès ⁽³⁾	70 %	85 %	130 %	200 %
♦ Capital éducation/enfant	Néant	8 000 €	10 500 €	12 000 €
♦ Rente de survie pour l'enfant handicapé	2 000 € par an et par enfant			
♦ Capital Invalidité Permanente et Absolue ⁽³⁾	70 %	70 % minimum 21 000 €	70 % minimum 35 000 €	70 % minimum 50 000 €
♦ Perte d'autonomie				
- Dépendance totale	Néant	Rente 210 €/mois	Rente 260 €/mois (domicile) ou 520 €/mois (hospitalisation)	
- Téléassistance (dépendance partielle)	Néant	Prise en charge fourniture du matériel et abonnement mensuel		
- Assistance handicap et dépendance	Néant	Aide aux aidants		

⁽³⁾ montants des capitaux garantis en % du traitement brut annuel

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)

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 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 jugement définitif, non divorcé par jugement définitif ou convention de divorce enregistrée par notaire ou à **mon partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**, non séparé ou à **mon concubin**.

À défaut à **mes enfants nés ou à naître**, vivants ou représentés, 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 sans descendant.

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)

Nous vous proposons ci-dessous quelques conseils vous permettant de rédiger une clause précise.

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 ».

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.

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 »)

Mode de paiement des cotisations

Votre cotisation santé et prévoyance peut faire l'objet, selon votre souhait, soit d'un précompte sur votre traitement, soit d'un prélèvement bancaire.

En cas d'incident de précompte, vous autorisez la MMJ à effectuer un prélèvement bancaire.

À l'un ou l'autre de ces titres, vous complétez et signez le mandat SEPA ci-dessous en y joignant votre RIB.

Je choisis le précompte ou le prélèvement bancaire.

MANDAT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise la MMJ pour le recouvrement des cotisations afférentes au contrat santé / prévoyance MMJ-Référence à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la Mutuelle du Ministère de la Justice.

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

Mutuelle du Ministère de la Justice - 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.

Fait à : _____

Le : _____

Signature

Parapher ici :

IMPORTANT

Toute réclamation après souscription de mon adhésion devra être adressée :

- Par courrier postal :
Mutuelle du Ministère de la Justice – Cellule Réclamation
53 rue de Rivoli – 75038 Paris cedex 01
- Par l'espace adhérent : rubrique contact

En indiquant :

- Mon numéro de contrat
- Mes coordonnées : nom, prénom, adresse postale, mail et le créneau horaire pour être joint
- L'objet exact de la réclamation

En joignant :

- La photocopie des documents nécessaires à la bonne compréhension de la réclamation et à sa justification

Pour plus d'information, se reporter à la rubrique XIII du règlement MMJ-Référence

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.

Conformément à l'article L. 223-1 du code de la consommation, vous disposez d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en vous inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

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 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

Parapher ici :

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

- J'ai été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise préalable à mon adhésion d'une part, d'un exemplaire des statuts et du règlement intérieur, du règlement de l'offre MMJ-Référence, de la notice PREMUO M001 et de son annexe tarifs et garanties 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.

Devoir d'information et de conseil

- Je reconnais avoir choisi librement les garanties qui correspondent à mes besoins de protection, au regard des informations que j'ai données sur ma situation personnelle, professionnelle et financière et avoir obtenu une réponse explicite à mes différentes questions.

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.

Prise d'effet de mon adhésion

- 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 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit le 1^{er} jour d'un mois postérieur si j'en fais la demande ci-dessous.
- L'adhésion est annuelle à échéance du 31 décembre de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction.

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 1^{er} jour du mois suivant mon acceptation de la proposition de l'assureur.

Délai de renonciation à mon adhésion dans le cadre d'un démarchage ou d'une vente à distance

- Je reconnais avoir été informé(e) qu'à compter de la prise d'effet de mon adhésion, je bénéficie d'un droit à renonciation dans un délai de 14 jours calendaires susceptible d'être exercé selon les modalités définies dans le règlement de l'offre MMJ-Référence. 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 « adhésion@mmj.fr », dans les termes suivants :
« Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à l'adhésion à l'offre MMJ-Référence. 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. »
- J'accepte de recevoir des informations sur mes garanties et sur les offres de la MMJ par voie électronique.
- J'accepte de recevoir des offres des partenaires de la MMJ.

Date d'adhésion souhaitée : 01/ /

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 :