

Réservé à la MMJ

R O L

Code : _____

DEMANDE D'AFFILIATION - OPTIMA

▶ GARANTIE SOUSCRITE

Merci de renseigner les informations demandées EN LETTRES CAPITALES

OPTIMA VITA SANTÉ OPTIMA MULTI SANTÉ OPTIMA MULTI SANTÉ+

Date d'effet 01 | | | | | | | | | |

▶ ADHÉRENT PRINCIPAL

Nom (usuel) : _____ Prénom : _____

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

N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N° identifiant / contrat : _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | | Ville : _____

Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | E-mail : _____

▶ AYANTS-DROIT

	NOM - PRÉNOM	STATUT	SEXE (M - F)	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾ / DATE DE NAISSANCE	RÉGIME ⁽²⁾
Ayant-droit 1		<input type="checkbox"/> Conjoint (ou assimilé) <input type="checkbox"/> Enfant		N° : _____ Né(e) le :	
Ayant-droit 2		<input type="checkbox"/> Conjoint (ou assimilé) <input type="checkbox"/> Enfant		N° : _____ Né(e) le :	
Ayant-droit 3		<input type="checkbox"/> Conjoint (ou assimilé) <input type="checkbox"/> Enfant		N° : _____ Né(e) le :	
Ayant-droit 4		<input type="checkbox"/> Conjoint (ou assimilé) <input type="checkbox"/> Enfant		N° : _____ Né(e) le :	

1 : Indiquez le numéro de Sécurité sociale de vos ayants-droit autonomes en Sécurité sociale. 2 : RG : régime général - AM : Alsace Moselle - TNS : travailleur non salarié - AG : Régime agricole - E : Etudiant.

▶ VERSEMENT DES PRESTATIONS

- Virement sur compte bancaire de l'adhérent principal (joindre un RIB)
 - Souhaitez-vous que les prestations pour vos ayants-droit autonomes soient versées sur un compte différent ? Oui Non
- Si oui joindre un RIB et préciser les ayants-droit concernés (conjoint, enfants)*

Le règlement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique le 5 de chaque mois.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et reconnais avoir été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise d'une notice d'information, du descriptif de mes garanties et des statuts de la mutuelle. Je déclare en accepter les termes dans le respect de la réglementation en vigueur.



PIECES A FOURNIR

- ▶ Mandat de prélèvement SEPA complété et signé.
- ▶ RIB pour le règlement des cotisations et le versement des prestations.

Fait à : _____

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

SIGNATURE

(Précédée de la mention «lu et approuvé»)

Les informations demandées sur ce document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier. Elles font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir à tout moment communication (et le cas échéant rétractation) des informations détenues à votre nom en vous adressant à la MMJ. J'accepte de rembourser la MMJ de toute somme indûment avancée pour mon compte.

 Mutuelle du Ministère de la Justice
53, rue de Rivoli - 75038 Paris cedex 01

 01 44 76 68 68

 Votre espace adhérent sur www.mmj.fr

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