

N°ENTREPRISE 1 2 3 9 0 0 8 1

Contrat collectif facultatif Frais de Soins de Santé des anciens salariés de la Banque de France et leurs ayants droit (DMA-2021-000341)



BULLETIN D'ADHÉSION

- ADHÉSION** MODIFICATION D'ADHÉSION Date d'effet souhaitée (JJ / MM / AAAA)
(cf Notice d'Information)

Concernant :

- L'Assuré(e) principal(e)** (cochez la case correspondant à votre situation)
- Agent retraité affilié en tant qu'actif au régime obligatoire de la Banque de France
 - Bénéficiaire d'une rente d'Incapacité, Invalide titulaire d'une pension d'Invalidité versée par la Caisse de Réserve de la Banque de France ou par la Sécurité sociale
 - Veuf, veuve ou orphelin d'un salarié ou d'un ancien salarié décédé affilié au régime de la Banque de France
 - Ancien salarié privé d'emploi bénéficiaire d'un revenu de remplacement, le cas échéant après la période de portabilité
- Son / ses ayant(s) droit**
- Son conjoint, concubin ou partenaire Son / ses enfant(s) à charge Son ascendant

L'ASSURÉ(E) PRINCIPAL(E) (remplir toutes les zones)

- M. Mme Nom d'usage (d'époux/d'épouse)..... Nom de naissance
- Prénom..... Date de naissance (JJ / MM / AAAA)
- Matricule Banque de France..... Ville de naissance.....
- Adresse
- Code postal Ville.....
- Numéro de Sécurité sociale (13 chiffres + clé 2 chiffres).....
- Régime de Sécurité sociale Général Local Alsace-Moselle Autre (à préciser).....
- Téléphone..... Adresse mail
- Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
- Votre conjoint, concubin ou partenaire (pacs) est-il salarié de la Banque de France ? oui non
- Votre conjoint, concubin ou partenaire (pacs) est-il retraité de la Banque de France ? oui non
- Si oui, indiquez son nom..... son prénom
- Son numéro de Sécurité sociale (13 chiffres + clé 2 chiffres).....

LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties du contrat, les bénéficiaires doivent répondre à la définition rappelée à la notice d'information, être renseignés dans le tableau ci-dessous et les cotisations les concernant doivent être réglées.

COCHEZ LES CASES UTILES
Les bénéficiaires du contrat disposent-ils de :

		Autre mutuelle	CSS*
Assuré(e) principal(e)	Compléter les informations ci-contre et le cas échéant ci-dessous	—	—
	Nom..... Prénom.....		
Enfant	Né(e) le..... N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres).....	—	—
	<input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Autre (précisez).....		

Notre gestionnaire :





LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES (suite)

Pour bénéficier des garanties du contrat, les bénéficiaires doivent répondre à la définition rappelée à la notice d'information, être renseignés dans le tableau ci-dessous et les cotisations les concernant doivent être réglées.

COCHEZ LES CASES UTILES

Les bénéficiaires du contrat disposent-ils de :

		Autre mutuelle	CSS*
Enfant	Nom		
	Prénom		
	Né(e) le		
N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres)			
<input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Autre (précisez)			
Enfant	Nom		
	Prénom		
	Né(e) le		
N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres)			
<input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Autre (précisez)			
Conjoint, ou assimilé	Nom		
	Prénom	né(e) le	
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres)		
Ascendant	Nom		
	Prénom	né(e) le	
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres)		

*CSS : Complémentaire Santé Solidaire (ex-CMU)

NOEMIE : Les bénéficiaires (ou leur représentant légal) autorisent le gestionnaire à établir une liaison directe (échanges NOEMIE) avec leur Caisse de Sécurité sociale. Ainsi, les remboursements des frais médicaux complémentaires s'effectueront automatiquement sauf s'ils bénéficient déjà d'une première mutuelle ou s'ils refusent ce service en le notifiant par écrit sur papier libre.

Les informations collectées via ce bulletin d'adhésion, sont strictement destinées à la SMCC et son gestionnaire Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsables conjoints de traitement, car nécessaires à l'établissement et la gestion de votre dossier.

Les cotisations sont payables mensuellement (le 10 de chaque mois), par prélèvement, fait par le gestionnaire, sur votre compte bancaire, déduction faite de l'éventuelle subvention versée par la Banque de France, à l'assureur via le gestionnaire. Vous êtes seul(e) responsable du paiement des cotisations. La tranche de cotisation est déterminée définitivement au moment du départ en retraite en fonction du dernier indice de traitement et du barème en vigueur à cette date et est indiquée dans la fiche tarifaire remise avec le présent bulletin.

Date d'effet des garanties (sous réserve du respect des délais de demande prévus à la Notice d'Information) :

- **Pour les assurés à titre principal** : Au lendemain de la rupture de la relation ou du contrat de travail pour les anciens agents retraités, invalides ou bénéficiaires d'un revenu de remplacement ; Au lendemain du terme du maintien des garanties pour les anciens agents bénéficiaires du maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale (portabilité des droits) ; Au lendemain du décès de l'assuré principal pour les veufs/veuves et orphelins.
- **Pour les ayants droit, assurés à titre accessoire** : Si la demande d'adhésion d'un ayant droit est faite simultanément à l'adhésion d'un assuré principal, les prises d'effet sont simultanées ; Au 1er jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion du conjoint ou assimilé en cas de mariage, PACS ou cessation du contrat de travail dudit conjoint ; Au jour de l'adoption ou de la naissance d'un enfant ; Au 1er janvier suivant, dans tous les autres cas, sous réserve que la demande d'adhésion soit parvenue à la SMCC ou son gestionnaire, avant le 31 octobre.

Date de fin des garanties :

- **Pour toutes adhésions :** à la date de résiliation ou au terme du contrat conclu entre l'assureur et la Banque de France ; À l'expiration d'un délai de 40 jours après l'envoi d'une mise en demeure en cas de non-paiement des cotisations ; Dans le cadre du dispositif de résiliation infra annuelle, à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande.
- **Pour les assurés à titre principal :** À la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésions ; à la date de son décès.
- **Pour les adhésions des ayants droits, assurés à titre accessoire :** à la date à laquelle cessent les garanties de l'assuré principal ; à la date à laquelle l'ayant droit ne remplit plus les conditions d'adhésion ; Pour les enfants de plus de 18 ans : au 31 décembre en cas de non fourniture des justificatifs permettant le renouvellement de leur adhésion.

Droit de Renonciation : en cas d'adhésion à distance, l'assuré principal peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze jours calendaires révolus, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités, à compter du jour d'effet de l'adhésion ou de la date de réception des documents si cette dernière est postérieure. Pour cela, il lui suffit d'adresser au centre de gestion, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous.

« Je soussigné(e) M. (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° DMA-2021-000341 que j'ai signé le à..... (lieu d'adhésion). Le (date et signature). »

Résiliation Infra Annuelle : s'agissant de garanties collectives à adhésion facultative, l'assuré(e) principal(e) peut après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, dénoncer, à tout moment, son affiliation ou celle de ses ayants droits au contrat, sans frais ni pénalités, selon les modalités décrites dans la Notice d'Information.

Je soussigné(e)

- Certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin d'adhésion. J'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation par la mutuelle entraîne la nullité de l'assurance sous réserve que celle-ci justifie de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées à ce titre demeureront acquises à la mutuelle.
- Reconnais avoir reçu un exemplaire et pris connaissance de la Notice d'Information et de ses Annexes, du Document d'Information sur le Produit d'Assurance, des tarifs et des Statuts de la SMCC, auxquels je déclare adhérer, en qualité de membre participant.
- Demande mon adhésion et/ou celle des éventuels bénéficiaires désignés au présent bulletin d'adhésion, au contrat collectif Frais de Soins de Santé, souscrit par la Banque de France au profit de ses anciens salariés ; contrat respectant les conditions légales du **contrat responsable**.

Fait à

Le (JJ / MM / AAAA)

Signature de l'assuré(e) principal(e)

**Coordonnées du centre de gestion auquel retourner ce bulletin et ses justificatifs Malakoff Humanis – SMCC - TSA 20006 - 41972 Blois Cedex 9 - sante.bdf@malakoffhumanis.com
Téléphone : 01 70 37 97 24 (Choix 1)**

Contrat Collectif souscrit par la Banque de France – Institution régie par les articles L141-1 et suivants du Code Monétaire et Financier, Titre IV du Livre Premier, immatriculée RCS 572 104 891. Siège Social : 1, rue La Vrillière – 75001 Paris

SMCC - Mutuelle régie par le Code de la mutualité sous le n° 775 657 125. Siège social : 2 avenue Pierre Mendès France - 77186 Noisiel. • **MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE** - Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 691 181 - Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris. • La Mutuelle et l'Institution sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9 • Conformément à la réglementation en vigueur sur la protection des données, les informations que vous communiquez sont traitées par la SMCC et Malakoff Humanis Prévoyance, responsables conjoints, en vue de la conclusion et la gestion de votre contrat d'assurance ainsi qu'aux fins d'exécution des obligations leur incombant en matière de protection sociale. Ces informations sont également susceptibles d'être utilisées en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude à l'assurance. En fonction des finalités décrites ci-dessus, les responsables conjoints de traitement sont amenés à collecter les catégories de données suivantes : les données relatives à votre identification et celle de vos ayants droit, les données relatives à votre situation familiale, professionnelle et économique, les données nécessaires à l'appréciation du risque, les données liées à la passation et à la gestion du contrat, les données relatives à la détermination ou à l'évaluation des prestations, les données concernant votre santé dans le strict respect des règles relatives au secret médical (ex : données de remboursement en lien avec les organismes de sécurité sociale, copies des certificats médicaux et autres justificatifs). Ces informations sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités des responsables conjoints de traitement, ainsi que leurs prestataires éventuels. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur le site internet du groupe Malakoff Humanis. En cas de réclamation relative à la protection des données, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

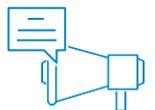


LES JUSTIFICATIFS À JOINDRE À VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION

Pour l'ensemble des assurés	<ul style="list-style-type: none">■ Copie de l'attestation jointe à la carte Vitale■ + Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé■ + un RIB pour le versement des prestations et le paiement des cotisations
Pour chaque enfant à charge <ul style="list-style-type: none">■ Du 18^e au 28^e anniversaire<ul style="list-style-type: none">- Enfant scolarisé- Étudiant- Apprenti ou autre formation professionnelle- Ne poursuivant plus d'études- Enfant en situation de handicap■ Enfant en situation de handicap, quel que soit son âge et fiscalement à charge	<ul style="list-style-type: none">■ Copie du livret de famille ou un acte de naissance+■ Certificat de scolarité■ Copie de la carte d'étudiant■ Copie du contrat d'apprentissage, de formation en alternance, de professionnalisation...■ Tout document justifiant de leur situation (à défaut, attestation sur l'honneur indiquant que l'assuré assume la charge effective et permanente de l'enfant, dont les revenus, le cas échéant, sont inférieurs au SMIC)■ Justificatif de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé ou de l'Allocation d'Adulte Handicapé ou Carte d'invalidité ou Carte Mobilité Inclusion (CMI)■ + Attestation sur l'honneur justifiant que l'enfant est fiscalement à charge du parent (l'agent ou son conjoint, s'il est assuré)■ + Attestation sur l'honneur de revenus nets inférieurs au SMIC
Pour votre conjoint(e)	<ul style="list-style-type: none">■ Copie du livret de famille■ Ou copie du certificat de mariage
Pour votre partenaire de PACS	<ul style="list-style-type: none">■ Attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité
Pour votre concubin(e)	<ul style="list-style-type: none">■ Attestation sur l'honneur de concubinage signée par les deux concubins■ OU Justificatif de domicile commun de moins de 3 mois (quittance de loyer, facture EDF...)
Pour un ascendant à charge non imposable à titre personnel	<ul style="list-style-type: none">■ Votre avis d'imposition ou celui de votre conjoint, s'il est assuré
Pour affiliation suite à cessation du contrat de travail du conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin	<ul style="list-style-type: none">■ Justificatif de cette cessation d'emploi L'affiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la cessation d'emploi qui, elle-même, doit être postérieure à l'adhésion de l'assuré principal.
Pour vous-même, Afin de déterminer la tranche de tarification qui vous est applicable	<ul style="list-style-type: none">■ Votre dernier indice de traitement (copie de la partie supérieure de votre dernier bulletin de salaire où figure cet indice)

À SAVOIR

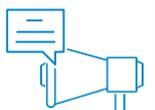
Les justificatifs fournis à l'adhésion des enfants de 18 ans et plus seront à **communiquer au gestionnaire, tous les ans, en septembre, afin de maintenir leurs droits pour l'année suivante** ; à défaut les garanties cesseront au 31 décembre.



À SAVOIR

Il convient de déclarer au gestionnaire, dans les meilleurs délais, tout changement de :

- **Situation personnelle** : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, concubinage, PACS, mariage, divorce, décès), changement de régime obligatoire d'assurance maladie, changement de coordonnées bancaires, extinction de la situation d'éligibilité de vos bénéficiaires...



Le gestionnaire se réserve la possibilité de demander toute pièce complémentaire que la situation de l'assuré exigerait.