



AG2R LA MONDIALE

Régime d'assurance surcomplémentaire santé
à adhésion facultative

BANQUE DE FRANCE

Contrat n° 0NT8887M

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2022

Agents et anciens agents
de la Banque de France

Sommaire

Présentation.....	3
Régime frais de santé	4
Objet des garanties	4
Garanties	4
Actes et frais garantis	4
Bénéficiaires des garanties	5
Modalités d'affiliation	5
Début des garanties	5
Cessation des garanties	6
Résiliations individuelles.....	6
Maintien des garanties	7
Cotisations	7
Dispositions générales	8
Versement des prestations.....	8
Soins engagés hors de France	8
Plafond des remboursements.....	8
Prescription.....	8
Subrogation	9
Réclamations - médiation.....	9
Protection des données à caractère personnel.....	9
Autorité de contrôle	10
Contacter l'organisme assureur	10

Présentation

La Banque de France a mis en place un **régime de frais de santé surcomplémentaire à adhésion facultative**, qui complète les remboursements du régime complémentaire santé de la Banque de France, institué par l'Accord d'entreprise.

Ce régime est mis en place **au profit de ses agents et de ses anciens agents**, ainsi que de leurs **ayants droit** déjà assurés au titre du régime complémentaire santé de la Banque de France.

Les garanties de ce régime sont assurées par AG2R Prévoyance (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, en application du Cahier des Clauses Administratives conclu avec la Banque de France (dénommée « l'entreprise » dans la présente notice).

La présente **notice d'information** est établie à l'intention de l'agent ou de l'ancien agent (dénommé « le participant » dans la présente notice), et a pour objet de définir la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur ; elles pourront être révisées en cas de changement des textes.

Régime frais de santé

Objet des garanties

Le régime a pour objet de verser des prestations complémentaires au régime obligatoire de base de la Sécurité sociale, ainsi qu'au régime complémentaire santé de l'entreprise, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Garanties

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

OPTAM = Option pour une pratique tarifaire maîtrisée. Les praticiens souscrivant ce type de convention s'engagent à ne pas pratiquer de dépassement d'horaires supérieurs à 100 % du tarif de référence. Les praticiens qui n'ont pas signé cette convention sont dits « non OPTAM ».

RC = Remboursement du régime complémentaire de l'entreprise.

RO = Remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Régime obligatoire de la Sécurité sociale (RO)	Régime complémentaire de l'entreprise (RC)	Régime surcomplémentaire facultatif
Hospitalisation			
Honoraires CCAM structure hospitalière hors OPTAM	80% BR ou 100% BR	200% BR – RO	500% BR – RO – RC
Chambre particulière (y compris en maternité) ⁽¹⁾	Néant	80 €	150 € - RC

(1) Sans limitation de durée.

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Régime obligatoire de la Sécurité sociale (RO)	Régime complémentaire de l'entreprise (RC)	Régime surcomplémentaire facultatif
Consultations généralistes n'ayant pas adhéré à l'OPTAM	70% BR	200% BR – RO	300% BR – RO – RC
Consultations spécialistes n'ayant pas adhéré à l'OPTAM	70% BR	200% BR – RO	300% BR – RO – RC

Actes et frais garantis

Sont pris en compte tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale française au titre des législations **maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle**, ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au tableau des garanties.

Bénéficiaires des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, sont bénéficiaires des garanties :

- **le participant**, assuré social, membre du personnel de la Banque de France, titulaire ou contractuel, entretenant avec la Banque de France une relation de travail ou ayant conclu avec la Banque de France un contrat de travail, à temps plein ou à temps partiel, justifiant en cette qualité d'une rémunération versée par cette dernière ⁽¹⁾, qui s'affilie à titre facultatif pour lui-même, et pour **ses ayants droits**, à savoir :
- **son conjoint** (personne mariée avec le participant), à défaut, son concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, ou la personne liée par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le participant ;
- **ses enfants à charge**, répondant à la définition suivante :
 - ses enfants âgés de moins de 28 ans, dont il a la charge effective et permanente au sens de l'article L.513-1 du Code de la Sécurité sociale (sauf dans le cas d'un participant exerçant ses fonctions à l'étranger, l'enfant doit vivre de façon permanente en France. Si l'enfant travaille, sa rémunération nette ne doit pas être égale ou supérieure au SMIC, appréciée en moyenne mensuelle sur l'année calendaire écoulée) ;
 - sans condition d'âge, pour les enfants adultes handicapés de plus de 28 ans fiscalement à charge du participant, qui sont garantis sous réserve qu'ils perçoivent des revenus inférieurs au SMIC et qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité ou d'une carte mobilité inclusion (CMI) mention invalidité ou bénéficiaires de l'allocation légale aux adultes handicapés ;
- **ses ascendants à charge**, à savoir les ascendants non imposables à titre personnel, et qui sont à la charge fiscale du participant, au sens de la législation fiscale.

(1) Peuvent également s'affilier de manière facultative au présent régime surcomplémentaire :

- les agents en situation de suspension de leur contrat de travail ou en suspension de la relation de travail sans maintien de rémunération ;
- les anciens agents et leurs ayants droit assurés au titre du régime complémentaire santé de l'entreprise.

À tout moment, il peut être demandé au participant d'adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire des personnes couvertes par son affiliation (avis d'imposition par exemple).

Modalités d'affiliation

La demande d'affiliation se formalise par la signature d'un bulletin individuel d'affiliation par le participant, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- copie de la carte tiers payant délivrée au titre du régime complémentaire santé,
- relevé d'identité bancaire
- mandat de prélèvement complété et signé.

Dans tous les cas, les adhésions facultatives ne sont entachées ni de période probatoire, ni de délai de carence, ni de sélection médicale, ni de droits d'entrée.

En tout état de cause, l'affiliation du participant entraîne obligatoirement celle de ses ayants droit, si ceux-ci sont déjà assurés au titre du régime complémentaire santé de l'entreprise.

Début des garanties

Pour le participant et ses éventuels bénéficiaires, les garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation au régime surcomplémentaire santé. A compter de cette date, l'affiliation du participant est souscrite pour une durée minimale d'un an ⁽¹⁾.

Si le participant décide de résilier son affiliation qui emporte de facto la résiliation des adhésions de ses ayants droit, une nouvelle demande d'affiliation peut être effectuée par la suite sous réserve de l'application d'un délai d'attente de 3 ans, à compter de ladite résiliation. En pratique, la ré-affiliation prend effet au 1^{er} janvier suivant l'écoulement du délai de 3 années pleines.

Le respect de cette durée minimale de 3 années est vérifié par l'organisme assureur.

Ce délai d'attente de 3 ans n'est pas applicable en cas de changement de situation familiale, et sous réserve que la demande d'affiliation intervienne au plus tard dans les trois mois suivant l'évènement.

(1) Dans le respect des dispositions exposées ci-après, voir page suivante « Résiliations individuelles ».

Cessation des garanties

Pour tout participant et ses éventuels bénéficiaires, les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation ou de la cessation du présent régime surcomplémentaire ;
- à la date de résiliation du régime complémentaire santé de l'entreprise ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la demande du participant, au dernier jour d'un mois, sous réserve que la demande parvienne à l'organisme assureur par lettre recommandée avec accusé de réception deux mois avant.

Dans le cas où l'un des ayants droit ne remplit plus les conditions d'affiliation au régime complémentaire santé de l'entreprise, il perd de facto son statut d'ayant droit au titre du présent régime surcomplémentaire. Cet événement est sans incidence sur la couverture surcomplémentaire des autres ayants droit.

La résiliation par le participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires des garanties relevant de ce dernier.

Résiliations individuelles

Toute résiliation individuelle du régime complémentaire santé de l'entreprise, effectuée en application de la réglementation applicable à la résiliation annuelle ou infra-annuelle du participant, entraîne de facto la résiliation de de l'affiliation du participant au présent régime surcomplémentaire. Par ailleurs, les dispositions ci-après s'appliquent au régime surcomplémentaire.

Résiliation annuelle à l'initiative du participant

La résiliation annuelle de l'affiliation à l'initiative du participant peut être effectuée au moins deux mois avant la date du 1^{er} janvier. Elle est alors notifiée à l'organisme assureur, selon les moyens suivants au choix du participant :

- soit par un formulaire de résiliation, par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2rlamondiale.fr ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire.

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation annuelle par écrit.

Résiliation infra-annuelle à l'initiative du participant

La résiliation à l'initiative du participant peut également être effectuée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première affiliation au contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'organisme assureur en ait reçu notification.

En cas de résiliation à tout moment d'une affiliation dont les cotisations sont appelées par avance directement auprès du participant, ce dernier n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, l'organisme assureur s'engage à rembourser le solde restant dû au participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Les formalités de notification de la résiliation infra-annuelle sont effectuées par principe par le nouvel assureur à la place du participant lorsque celui-ci souscrit un nouveau contrat individuel ou adhère à un nouveau contrat collectif facultatif. Dans ce cas, le nouvel assureur du participant notifie, auprès de l'organisme assureur, la résiliation du contrat du participant par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation par écrit et communique par tout support durable au participant un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la cessation des garanties. En tout état de cause, le nouveau contrat ne pourra pas prendre effet avant la date de cessation des garanties du contrat d'adhésion résilié.

Enfin, une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout participant qui peut bénéficier du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour sa partie complémentaire. La résiliation par un participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail, avec ou sans rémunération, le participant qui bénéficie du maintien des garanties du régime complémentaire santé de l'entreprise, bénéficie également, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, du maintien des garanties du présent régime surcomplémentaire.

Dispositions relatives à la portabilité des droits

En cas de mise en œuvre des dispositions relatives à la portabilité des droits, le participant bénéficiant à ce titre du maintien des garanties du régime complémentaire santé de l'entreprise, bénéficie également, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, du maintien des garanties du présent régime surcomplémentaire.

Maintien des garanties aux anciens agents

En cas de rupture du contrat de travail entraînant le versement d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou, pour le participant privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, le participant bénéficiant à ce titre du maintien des garanties du régime complémentaire santé de l'entreprise, bénéficie également, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, du maintien des garanties du présent régime surcomplémentaire.

Cotisations

Les cotisations sont prélevées, mensuellement à terme d'avance, sur le compte bancaire du participant.

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation à cette échéance, l'organisme assureur peut suspendre les garanties 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception valant mise en demeure (le cachet de la poste faisant foi). Conformément à l'article L932-22 du Code de la Sécurité sociale, l'organisme assureur a le droit de résilier l'affiliation du participant 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours susmentionné.

Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés au participant.

Révision des cotisations

Le montant des cotisations peut être révisé annuellement au 1^{er} janvier de chaque année, d'un commun accord entre l'entreprise et l'organisme assureur :

- en application d'un pourcentage annuel valable pendant la durée du présent régime surcomplémentaire, fixé selon l'évolution du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ;
- en fonction des évolutions législatives et/ou réglementaires venant à modifier la portée des engagements pris au titre du présent régime surcomplémentaire ;
- sur la base des résultats techniques et financiers du présent régime surcomplémentaire.

Dispositions générales

Versement des prestations

Date et déclaration des sinistres

L'ouverture des droits est liée à la date des soins qui doit être postérieure à l'affiliation du participant. Par date des soins, il faut entendre soit :

- la date de l'acte mentionnée sur le décompte de la Sécurité sociale ;
- la date de l'achat mentionnée sur le décompte de la Sécurité sociale ou la facture acquittée ;
- la date d'entrée à l'hôpital.

Les assurés sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du présent régime surcomplémentaire, de fournir à l'organisme assureur les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander au participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

Délai de règlement des prestations

Les remboursements sont versés, par virement bancaire ou postal, émis dans les 7 jours qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises.

Justificatifs à fournir

Les justificatifs à fournir par l'assuré pour ses demandes de remboursement sont les suivants.

- le décompte de remboursement de l'assurance maladie, le cas échéant.
- le décompte de remboursement du régime complémentaire santé de la Banque de France.

Soins engagés hors de France

Les soins reçus hors de France par les bénéficiaires, au cours d'un séjour effectué à titre personnel ou professionnel, sont pris en charge dans le cadre des garanties prévues au présent régime surcomplémentaire qui interviennent en complément des garanties du régime complémentaire santé de l'entreprise.

Les soins effectués à l'étranger ne peuvent être pris en charge par l'organisme assureur que sous réserve qu'il reçoive la facture détaillée, ou une copie de celle-ci si les originaux sont transmis au régime obligatoire et/ou à tout autre organisme assureur, précisant la nature et le montant de chaque dépense engagée.

Plafond des remboursements

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après participation de la Sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Actes effectués en secteur non conventionné : si la prestation est calculée en fonction de la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale pour les actes conventionnés, le remboursement ne peut excéder celui qui aurait été versé si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

Prescription

Toute action dérivant du contrat collectif est prescrite 2 ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance, conformément à l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale.

La prescription peut être interrompue conformément aux dispositions de l'article 2240 du Code civil.

Subrogation

Conformément au point 3 de l'article 29 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985, l'organisme assureur est subrogé dans les droits de l'assuré victime d'un accident contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'organisme assureur a exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré.

Réclamations - médiation

Toutes les demandes d'information ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées à AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 Roubaix Cedex.

Il est également possible de nous joindre par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :

– 09 72 67 22 22.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur de AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Baroeul - 59896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations de AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP :

- soit par courrier, à l'adresse suivante : **Médiateur du CTIP - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris** ;
- soit en ligne, à l'adresse suivante : <https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'organisme assureur, membre de AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi l'organisme assureur :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (l'entreprise ou l'association adhérente, par exemple) et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE, et le cas échéant à ses sous-traitants et partenaires qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, tels que les gestionnaires et assistants, ainsi qu'aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Le participant et ses bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant et leur rectification. Ils disposent, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Ils ont également la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ils peuvent enfin s'opposer au traitement de leurs données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le participant et ses bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de l'organisme assureur :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Contactez l'organisme assureur

[AG2R LA MONDIALE](#)

[TSA 37001](#)

[59071 ROUBAIX CEDEX 1](#)

[Tél. 0 969 32 2000 \(appel non surtaxé\)](#)

<https://www.ag2rlamondiale.fr/>