



# BULLETIN D'ADHÉSION

## Contrat collectif frais de santé à adhésion facultative



Mutuelle des sapeurs-pompiers de Paris, délégataire de gestion du Contrat collectif frais de santé à adhésion facultative, sise au- 104 avenue de Fontainebleau – 94270 LE KREMLIN-BICETRE - Tél. : 01.43.90.44.51 (du lundi au jeudi de 9 h à 12 h et de 13 h 30 à 16 h 30 et le vendredi de 9 h à 12 h 30 - mssp.fr

Unéo, coassureur et gestionnaire du Contrat collectif frais de santé à adhésion facultative, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 503 380 081 –Siège social : 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex.

GMF Assurances, coassureur du Contrat collectif frais de santé à adhésion facultative, société anonyme régie par le Code des assurances, dont le siège est sis 148 rue Anatole France, 92300 Levallois Perret, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 398 972 901

### PARTIE RÉSERVÉE AU MILITAIRE

M.  Mme Nom de naissance<sup>(1)</sup> ..... Nom d'usage .....

Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

Téléphone Fixe ..... Téléphone Portable .....

E-mail .....

<sup>(1)</sup> Nom figurant sur l'acte de naissance

Numéro de Sécurité sociale           Clé

### GARANTIE SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE

Je réside en métropole, dans un département et région d'outre-mer (DROM), dans une collectivité d'outre-mer (COM) et je relève de la Caisse Nationale Militaire de la Sécurité Sociale (CNMSS).

### GARANTIES CHOISIES

Je choisis d'affilier un ou des ayants droit à la garantie santé **de base** à adhésion facultative régie par le contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF

Je choisis d'affilier un ou des ayants droit à la garantie **optionnelle** à adhésion facultative régie par le contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF

Je choisis d'adhérer à la garantie optionnelle à adhésion facultative régie par le contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF

### ADHÉSION DES AYANTS DROIT À TITRE FACULTATIF\*

(\*) selon la définition prévue dans votre Notice d'information du contrat.

Sur la garantie de base et la garantie optionnelle, mes ayants droit bénéficient de la même couverture santé que moi. Je complète le tableau suivant si je souhaite affilier des ayants droit :

	Nom de naissance	Nom d'usage	Prénom(s)	Date de naissance	N° Sécurité sociale
Conjoint(e)/Concubin(e)/Partenaire pacsé(e)					
Enfant à charge					
Enfant à charge					
Enfant à charge					

**Au-delà du 3ème enfant à charge, merci de mentionner les informations sur papier libre.**

- L'enfant peut disposer de son propre numéro de sécurité sociale à partir de 16 ans.
- Le(la) conjoint(e) est défini(e) par la Notice d'information comme l'époux(se) légitime non divorcé(e) et non séparé(e) de corps judiciairement, le(la) partenaire de pacte civil de solidarité, le(la) concubin(e) vivant avec vous dans le cadre d'une union de fait.
- Les enfants à charge tels que définis par la Notice d'information s'entendent de vos enfants et également de ceux de votre conjoint(e), partenaire de pacte civil de solidarité, ou concubin(e).

**J'ai bien noté que la cotisation mensuelle finançant les garanties de mes ayants droit est entièrement à ma charge et sera prélevée mensuellement d'avance directement sur mon compte bancaire par la MSPP. Dans ce cas, merci de compléter le mandat de prélèvement SEPA joint en fin de document.**

**Le montant de mes cotisations est disponible en annexe de ce bulletin d'adhésion.**

## MODALITÉS DE RÉSILIATION OU RENONCIATION

Pour les garanties Santé dont l'adhésion est facultative, vous avez la possibilité de dénoncer votre adhésion à tout moment, sans frais ni pénalités, par téléphone, lettre, tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu par l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. **Cette faculté ne peut être exercée qu'après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion.**

Dans le cadre d'une adhésion à distance aux garanties Santé facultatives, vous pouvez renoncer à votre adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, ce délai commence à courir soit à compter du jour où votre adhésion a pris effet ; soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions d'adhésion et les informations prévues au III. de l'article L.221-18, si cette date est postérieure à la prise d'effet de votre adhésion. Si le délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception datée, signée et envoyée à l'adresse suivante : Mutuelle des sapeurs-pompiers de Paris – Service Adhésion - 104 avenue de Fontainebleau – 94270 LE KREMLIN-BICETRE

Elle peut être rédigée selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) (Nom/Prénom), demeurant (Adresse), déclare renoncer à mon adhésion aux garanties Santé facultatives souscrites dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF, auquel j'ai adhéré le (date de demande de l'adhésion). Date et signature. »

**Je reconnais avoir été informé par la MSPP du montant de ma cotisation mensuelle ainsi que de celle finançant les garanties de mes ayants droit, et renonce expressément à me prévaloir de ma faculté de renonciation.** J'accepte donc, en contrepartie du paiement de ma cotisation, que mes garanties facultatives et celles de mes ayants droit prennent effet immédiatement, avant l'expiration du délai de renonciation.

## VOS ENGAGEMENTS ET DÉCLARATIONS

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, mon adhésion ainsi que celle de mes ayants droit, sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

**Je certifie exactes et sincères toutes les informations** mentionnées au présent bulletin et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne des sanctions. Je m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de la garantie, les attestations de tiers payant en cours de validité, qui m'auront été transmises.

**Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat collectif frais de santé à adhésion facultative (numéro 2024-FR-MAF-AYF),** ainsi qu'un exemplaire des Statuts de la mutuelle Unéo, coassureur apériteur du contrat collectif, dont j'accepte les termes.

**Je reconnais être informé(e) que l'ensemble des garanties auxquelles j'adhère et auxquelles j'affilie mes ayants droit (garanties Santé de base et éventuelle garantie optionnelle) prennent effet à compter de la date indiquée ci-dessous.**

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....

La MSPP, sous-traitant de la mutuelle Unéo en matière de traitement de données personnelles, est vigilante à l'intégrité, la disponibilité et la confidentialité de vos données personnelles. Ainsi, la MSPP s'engage à ne jamais les transmettre à ses partenaires. Dans la continuité de son devoir de conseil, Unéo, en tant que coassureur apériteur du contrat collectif, vous présentera de nouveaux produits et services, sélectionnés pour vous. Unéo vous adressera ainsi de nouvelles opportunités à des moments choisis.

**Signature du militaire**

(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

**J'accepte de les recevoir par voie électronique.**

Vous pourrez en être informé par d'autres moyens de contacts (si vous ne le souhaitez pas, barrez les mentions suivantes : Téléphone – Courrier). Vous disposez de la possibilité de modifier et d'affiner vos choix à tout moment, notamment via votre espace personnel sur msp.fr. Vous disposez de la possibilité de modifier et d'affiner vos choix à tout moment, notamment via votre espace personnel msp.fr.

La MSPP, sous-traitant de la mutuelle Unéo en matière de protection des données, a désigné un interlocuteur à la protection de vos données personnelles. Pour toute information, vous pouvez vous adresser à son Délégué à la Protection des Données (DPD) par courrier au 104 avenue de Fontainebleau 94270 Le Kremlin-Bicêtre ou par courriel à : dpo@msp75.fr Vous pourrez également exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de portabilité, de suppression et définir des directives pour vos données en cas de décès. Lors de votre adhésion à Unéo, la MSPP, son sous-traitant en matière de protection des données à qui elle a délégué la gestion du contrat, s'engage à ne collecter auprès de vous que les informations indispensables à la gestion de votre contrat telles que le nom, le prénom, le numéro de téléphone, l'adresse courriel, l'adresse postale, la rémunération, le numéro de sécurité sociale. Elles sont conservées (selon leur type) pendant toute la durée de vie du contrat et pendant la durée légale qui suit son terme. Pour les opérations liées au contrat, vous consentez librement à ce que ces données puissent être partagées entre la MSPP, Unéo et leurs éventuels sous-traitants respectifs pour les seuls besoins du contrat. Pour être à même de répondre aux obligations légales et de réduire les risques inhérents à leurs activités, la MSPP et Unéo seront amenées à traiter vos données dans le cadre d'opérations de contrôle et de lutte contre la fraude, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Vous pouvez vous reporter à la documentation contractuelle de la MSPP, et le cas échéant celle d'Unéo, pour disposer de plus d'informations sur vos droits et les modalités d'application de la protection de vos données.

## PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE

**Vous devez envoyer votre bulletin d'adhésion complété et signé, ainsi que l'ensemble des pièces justificatives suivantes à l'adresse indiquée en haut de ce formulaire :**

- la copie de l'attestation jointe à votre carte Vitale à jour ;
- un relevé d'identité bancaire d'un compte ouvert à votre nom (avec les coordonnées BIC et IBAN), pour le remboursement de vos prestations par virement, à défaut le règlement sera effectué par chèque ;
- pour le paiement des cotisations liées à l'adhésion de vos ayants droit, le Mandat SEPA ci-joint, complété et signé.

**Si vous avez ajouté des ayants droits à votre demande d'adhésion :**

- pour l'adhésion de votre concubin : un certificat de vie commune ou une attestation sur l'honneur de vie commune depuis plus d'un (1) an (sauf lorsqu'un ou plusieurs enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge), accompagnée d'un justificatif de domicile commun (contrat de bail, quittance de loyer, facture EDF-GDF, etc...) ;
- pour l'adhésion des partenaires de PACS : une copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un officier public (copie du récépissé d'enregistrement ou des actes de naissance) ;
- pour tous les ayants droits ajoutés : la copie de l'attestation jointe à la carte Vitale à jour de chaque ayant droit concerné ;
- pour les enfants âgés de 21 à 25 ans : un certificat de scolarité à renouveler à chaque rentrée scolaire, ou l'attestation démontrant la qualité de demandeur d'emploi ;
- pour les enfants avec handicap : une copie de la carte d'invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

**La MSPP se réserve le droit de demander au Membre participant toutes autres pièces justificatives. À défaut, les garanties ne peuvent prendre effet, ou sont suspendues si la demande de pièces est formulée en cours d'adhésion.**

### **Informations concernant le Régime de frais de santé :**

« 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 85,3 % (ratio constaté par Unéo, l'organisme assureur apériteur au titre de l'exercice 2023).

« 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 Unéo, l'organisme assureur apériteur, 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 15,8 % (ratio constaté par l'organisme assureur apériteur au titre de l'exercice 2023).

« 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.

## Prélèvement automatique (à la date du 5 du mois)

Titulaire du compte (comme indiqué sur votre RIB) .....

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) :

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank identifier code) :

Je certifie l'exactitude des éléments mentionnés et déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions d'utilisation du mandat de prélèvement SEPA. Voir ci-dessous les mentions relatives à la protection des données personnelles.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MSPP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et à votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MSPP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les instructions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**Signature de l'adhérent, précédée de la mention « Lu et approuvé »**

(N'oubliez pas de joindre au présent formulaire un RIB)

**Coordonnées de votre créancier :** Mutuelle des sapeurs-pompiers de Paris – 104 avenue de Fontainebleau – 94270 LE KREMLIN-BICETRE - **Identifiant créancier SEPA (ICS) :** FR78ZZZ200948

## Conditions d'utilisation du mandat de prélèvement SEPA

- Le montant des prélèvements comprend les cotisations afférentes aux garanties relatives aux contrats gérés la MSPP, et celles afférentes aux contrats collectifs à adhésion obligatoire ou facultative souscrits auprès de ses partenaires, dans les conditions figurant dans la notice d'information.
  - Il est convenu, entre la MSPP et l'adhérent, que l'échéancier, adressé à chaque fin d'année précisant la cotisation annuelle à venir, est considéré comme notification du montant et de la date d'échéance des prélèvements futurs.
- Aussi, toute adhésion en cours d'année à l'organisme assureur apériteur du contrat ou toute modification des informations relatives aux caractéristiques du mandat de prélèvement et figurant sur l'échéancier transmis à l'adhérent, fera l'objet d'une information dans un délai minimal de 2 jours ouvrés avant la date d'échéance du premier prélèvement, appliquant les nouvelles modalités de règlement.
- Le Membre participant devra adresser à la mutuelle des sapeurs-pompiers de Paris- Service Adhérent – 104 avenue de Fontainebleau – 94270 Le Kremlin-Bicêtre, tout justificatif de nature à modifier l'exécution du mandat notamment le montant des cotisations, et toutes modifications apportées aux données inscrites sur le mandat.
  - La révocation du mandat par l'adhérent devra aussi être adressée par écrit à la Mutuelle des sapeurs-pompiers de Paris-service adhérent – 104 avenue de Fontainebleau 94270 Le Kremlin-Bicêtre, et à sa propre banque.
  - Toute nouvelle demande de prélèvement à la suite d'une révocation ou de la caducité du présent mandat entraîne la signature d'un nouveau mandat de prélèvement SEPA.
  - Chaque signature d'un nouveau mandat de prélèvement devra être accompagnée d'un relevé d'identité bancaire comportant les codes IBAN et BIC.
  - Toute contestation ou arrêt d'un prélèvement n'annule pas le montant de la créance due par l'adhérent.

MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS (MSPP), délégataire de gestion du contrat, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 391 036 183, numéro LEI 969500DLZG3AOVB04P62 - La mutuelle est inscrite à l'ORIAS sous le n°21009558 pour le compte exclusif de Banque Française Mutualiste en tant qu'intermédiaire en opération de banque et en services de paiement (<http://www.orias.fr>)

Unéo, coassureur apériteur du contrat, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 503 380 081 - 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex.

GMF Assurances, co-assureur, entreprise régie par le code des assurances, société anonyme d'assurance au capital de 181 385 440 euros dont le siège social est situé 148 rue Anatole France- 92300 LEVALLOIS-PERRET, immatriculée au R.C.S. NANTERRE sous le numéro 398 972 901.

Unéo et GMF Assurances sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. FIDELIA Assistance, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro 377 768 601, dont le siège social est au 26 quai Carnot 92210 Saint-Cloud.

## ANNEXE COTISATIONS

- La contribution du ministère employeur porte sur le militaire d'active, contrairement au dispositif antérieur du référencement pour lequel la participation employeur portait sur le conjoint et les enfants au moyen d'un transfert de solidarité.
- La cotisation des conjoints et des enfants ne donne pas lieu à une prise en charge employeur.
- Le militaire et ses ayants droit peuvent souscrire à l'option de couverture élargie. Il n'y a aucun cofinancement employeur sur cette option.
- Dès lors que le militaire bénéficiaire actif souscrit à une option, elle s'applique également à ses ayants droit.

### Régime de base

Ayants droit de Militaires actifs	Cotisation mensuelle TTC
Cotisation mensuelle appelée 2025 des conjoints de Militaires actifs	67,26 €
Cotisation mensuelle appelée 2025 des enfants de Militaires actifs de moins de 21 ans	42,32 €
Cotisation mensuelle appelée 2025 des enfants de Militaires actifs de plus de 21 ans	47,02 €

Régime Optionnel Bénéficiaires	Cotisation mensuelle TTC
Bénéficiaires actif	3,28 €
Conjoint actif	4,22 €
Enfant de moins de 21 ans	3,08 €
Enfant de plus de 21 ans	3,08 €