

STATUTS
RÈGLEMENT MUTUALISTE SANTÉ
RÈGLEMENTS MUTUALISTES PRÉVOYANCE



GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES

SOMMAIRE

01	STATUTS	p.3
02	SANTÉ	p.17
03	PRÉVOIR	p.33
04	PRÉVOIR CHEMINOTS	p.51
05	PROTEC'TER PRÉVOYANCE	p.64
06	PROTEC'TER NUANCES	p.81
07	FONCTION PUBLIQUE	p.97

Solimut Mutuelle de France STATUTS

APPROUVÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 23 JUIN 2022

Certifiés Conformés
Carole HAZÉ
Présidente

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'CHAZÉ', is enclosed within a hand-drawn oval shape.

Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS **SOLIDAIRES**

TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 - DÉNOMINATION ET SIÈGE DE LA MUTUELLE

Il est constitué, conformément au Code de la Mutualité, une mutuelle interprofessionnelle, sous la dénomination « Solimut Mutuelle de France ».

La Mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise notamment aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, au contrôle de l'A.C.P.R. (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) sise 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, ainsi qu'aux présents Statuts.

Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617.

Le siège social de la Mutuelle est situé : Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 - Marseille.

Il peut être transféré sur décision du Conseil d'Administration, en tout autre lieu du territoire national par ratification à la plus prochaine Assemblée Générale.

Solimut Mutuelle de France est désignée dans les présents Statuts par le terme « la Mutuelle ».

ARTICLE 2 - OBJET DE LA MUTUELLE

La Mutuelle a pour objet de :

I. Réaliser les opérations d'assurance suivantes :

A. Participer à la gestion du Régime légal d'Assurance Maladie et Maternité en application de l'article L. 611-3 du Code de la Sécurité Sociale, et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'État ou d'autres collectivités publiques,

B. Contracter des engagements dont l'exécution relève des branches pour lesquelles la Mutuelle est agréée.

À cet effet, la Mutuelle est agréée par le Ministre chargé de la Mutualité pour assurer directement les opérations relevant des branches d'activités suivantes :

- Risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1),
- Risques de dommages corporels liés à la maladie (branche 2),
- Engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (branche 20),
- Risques liés à natalité et nuptialité (branche 21).

À ce titre, la Mutuelle est agréée en vue de couvrir des risques relevant des remboursements de frais de soins de santé ainsi que de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, encore appelés risques prévoyance.

C. La Mutuelle a également la possibilité de proposer aux personnes visées à l'article L. 160-1 du Code de la Sécurité Sociale, une protection complémentaire en matière de santé conformément aux articles L. 861-1 et suivants du même Code.

II. Se substituer à leur demande à d'autres Mutuelles ou Unions de Mutuelles régies par le Livre II du Code de la Mutualité, pour les branches d'activités mentionnées à l'Article 2-I ci-dessus.

III. Conclure des contrats de coassurance ou de réassurance pour les opérations mentionnées à l'Article 2-I ci-dessus.

IV. Conclure tout accord de partenariat, participer à toute Union ou bien encore constituer tout groupement avec d'autres organismes régis par le Code de la Mutualité, le Livre IX du Code de la Sécurité Sociale ou le Code des Assurances et dont l'objet permet de conforter l'action de la

mutuelle au sein de sa communauté et notamment de participer ou constituer une Union de Groupe Mutualiste ou une Union Mutualiste de Groupe.

V. Conformément aux articles L. 116-1 et suivants du Code de la Mutualité :

- Présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance. Dans ce cadre, la Mutuelle agit en qualité d'intermédiaire,
- Recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance,
- Être autorisée à déléguer la gestion d'un contrat collectif et ce, en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, notamment sous le contrôle et l'autorité de l'Assemblée Générale.

VI. De souscrire des contrats collectifs conformément à l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité, qui prévoit que lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, une Mutuelle ou une Union souscrit un contrat collectif auprès d'une Mutuelle ou d'une Union, d'une institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale ou d'une entreprise relevant du Code des assurances en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle ou l'Union.

VII. La Mutuelle peut en outre :

- Mettre en œuvre, à titre accessoire toute action de solidarité, d'entraide et d'action sociale au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit et le cas échéant, les faire bénéficier des services proposés par le mouvement mutualiste,
- Accorder des secours exceptionnels, dans le cadre d'une action sociale, au profit de certains membres pour répondre à des besoins sociaux urgents et ponctuels qui ne peuvent être couverts au titre des garanties formalisées par le règlement mutualiste,
- Agir, à titre accessoire, pour la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées dans les limites prévues au Chapitre III de l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité,
- Proposer, à titre accessoire, des services contribuant à l'information, au développement culturel, moral, intellectuel et physique des membres ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie,
- Conclure les conventions nécessaires pour l'accès des membres aux réalisations sanitaires, sociales et culturelles,
- Gérer pour le compte de tiers, des prestations conformément à son objet,
- Fournir des prestations administratives, comptables, ou informatiques, à d'autres organismes mutualistes.

Pour réaliser son objet social, la Mutuelle pourra conclure des conventions avec toute personne morale de droit public ou privé.

ARTICLE 3 - RÈGLEMENTS MUTUALISTES / CONTRATS COLLECTIFS

Article 3.1- Règlements Mutualistes

Les garanties mises en œuvre par la Mutuelle sont définies pour les opérations individuelles, dans les règlements mutualistes qui déterminent les droits et obligations de la Mutuelle et de chaque membre participant.

En application de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité, des règlements adoptés par le Conseil d'Administration, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale, définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant et

la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 3.2 - Contrats collectifs

Concernant les opérations collectives, les garanties mises en oeuvre par la Mutuelle sont définies dans des contrats collectifs conclus entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle, au profit, selon les cas, des salariés ou des membres de la personne morale.

Le Conseil d'Administration fixe les montants ou taux de cotisations et les prestations des opérations collectives, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale, selon les conditions précisées à l'Article 28 des présents Statuts.

CHAPITRE 2 : CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 - ADHÉSION

ARTICLE 4 - CATÉGORIE DE MEMBRES

La Mutuelle est constituée :

1) De membres participants : personnes physiques, qui versent une cotisation et bénéficient des prestations de la Mutuelle. Ils peuvent faire bénéficier desdites prestations à leurs ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit d'un membre participant :

- Son conjoint ou son concubin ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité,
- Ses enfants à charge,
- Le cas échéant, toute autre personne considérée comme étant à sa charge, au sens des règlements mutualistes, ou des conditions générales ou particulières des contrats collectifs de la Mutuelle.

Les règlements mutualistes ou les conditions générales ou particulières des contrats collectifs précisent les conditions dans lesquelles ces ayants droit peuvent bénéficier des prestations.

À leur demande expresse, faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent adhérer sans l'intervention de leur représentant légal.

2) Des membres honoraires suivants :

- Personnes physiques versant des cotisations, des contributions, ou faisant des dons à la Mutuelle, sans bénéficier de ses prestations,
- Personnes physiques élevées à la dignité de membre honoraire par le Conseil d'Administration de la Mutuelle pour les services rendus, sans bénéficier de ses prestations,
- Personnes morales souscrivant des contrats collectifs au sens des dispositions de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité.

Pour la bonne compréhension, les membres participants et les membres honoraires sont aussi dénommés ensemble dans les présents Statuts : "membres".

ARTICLE 5 - ADHÉSION

Article 5.1 - Adhésion individuelle

Acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle la personne qui remplit les conditions définies à l'Article 4 des Statuts et qui fait acte d'adhésion, constaté par la signature du bulletin d'adhésion et confirmé par le premier versement de cotisations, et, le cas échéant, du droit d'adhésion, si l'Assemblée Générale en a voté un.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des Statuts et des droits et obligations définis par le Règlement Mutualiste.

Article 5.2 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I. Opérations collectives facultatives :

La qualité de membre participant de la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion, laquelle emporte acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis au contrat souscrit, conclu entre l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle.

II. Opérations collectives obligatoires :

La qualité de membre participant de la Mutuelle résulte de l'affiliation du salarié lui permettant de bénéficier du contrat souscrit par son employeur auprès de la Mutuelle, et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles. L'affiliation du salarié emporte acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis au contrat souscrit, conclu entre l'employeur et la Mutuelle.

La personne morale souscriptrice du contrat collectif est membre honoraire de la Mutuelle dans les conditions de l'Article 4 des présents Statuts.

ARTICLE 6 - DROIT D'ADHÉSION

L'Assemblée Générale peut instituer un droit d'adhésion et en fixer le montant.

Ce droit d'adhésion est, le cas échéant, dédié au fonds d'établissement.

SECTION 2 - DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 7 - DÉMISSION/RADIATION/EXCLUSION

Article 7.1- Démission

La démission est donnée dans les conditions fixées aux règlements mutualistes ou aux contrats collectifs, sous réserve des dispositions des articles L. 221-10, L. 221-10-1, L. 221-10-2 et L. 221-17, du Code de la Mutualité.

Article 7.2 - Radiation

En cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut, en application des dispositions des articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-14 et suivants du Code de la Mutualité, résilier les garanties contenues dans un règlement mutualiste ou un contrat collectif dans les conditions, formes et délais fixés par ce règlement mutualiste ou ce contrat.

Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation entraîne la perte de la qualité de membre participant.

Article 7.3 - Exclusion

Sous réserve des dispositions propres aux Mutuelles du Livre II du Code de la Mutualité, des règlements mutualistes ainsi que des contrats collectifs, peuvent être exclus les membres participants et honoraires qui auraient causé aux intérêts de la Mutuelle ou du groupe auquel appartient la Mutuelle, un préjudice volontaire dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

Article 7.4 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

I. Conséquences au regard de la qualité de membre de la Mutuelle

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire et du droit de participer aux instances de la Mutuelle.

II. Conséquences au regard des cotisations

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dispositions légales applicables ou stipulations particulières prévues dans le règlement mutualiste ou dans le contrat d'assurance.

III. Conséquences au regard des prestations

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, de la radiation ou de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions de prises en charge étaient antérieurement réunies et sans préjudice des stipulations du règlement mutualiste ou du contrat collectif.

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 - COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 8 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale est composée de délégués issus des sections de vote représentant les membres participants et les membres honoraires.

Tous les membres de la Mutuelle, participants et honoraires, sont répartis dans les deux sections suivantes :

- Section de vote dite « Nationale » : membres participants et membres honoraires ayant adhéré à une opération individuelle ou à une opération collective définie à l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité,
- Section dite « Branche IEG » : par dérogation à la section de vote dite « Nationale », membres participants et membres honoraires ayant adhéré aux opérations collectives définies à l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité mises en place au sein de la branche Industries électriques et gazières (IEG).

La répartition définie ci-dessus, en deux sections, ne peut conduire à ce qu'un membre participant ou honoraire, relève de plusieurs sections.

Chaque délégué dispose d'une seule voix.

Les délégués élus ou désignés selon les modalités définies au sein des présents Statuts sont répartis au sein de l'Assemblée Générale en deux collèges, définis selon les mêmes critères que les sections de vote.

ARTICLE 9 - ÉLECTION ET NOMBRE DES DÉLÉGUÉS

- I. Les délégués sont élus ou désignés pour une durée de six ans.
Le mandat des délégués peut être renouvelé, sans limitation, dans le respect des présents Statuts.
- II. Les membres participants et honoraires de la Section de vote dite « Nationale », à jour de leurs cotisations, procèdent à l'élection d'un délégué à l'Assemblée Générale, par tranche de 2 500 membres participants et honoraires.

Le vote a lieu par correspondance sous pli fermé et/ou par voie électronique, ou par tout autre moyen garantissant la sécurité et le secret des votes.

En cas de vacance d'un délégué en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause, il n'est pourvu à son remplacement que lors de l'expiration de son mandat.

L'Assemblée Générale est alors réduite du nombre de délégués correspondants.

Il est précisé que la démission d'un délégué se fait par lettre recommandée avec accusé de réception.

- III. Par dérogation, les personnes morales souscriptrices des contrats collectifs rattachées à la Section dite « Branche IEG », procèdent, en application du II de l'article L. 114-6 du Code de la Mutualité, à la désignation de délégués, à raison d'un délégué par tranche de 20 000 membres participants et honoraires.

Par ailleurs, dès lors qu'elles en informent le Président du Conseil d'Administration au moins 3 mois avant la tenue de l'Assemblée Générale, lesdites personnes morales peuvent procéder, chaque année, à des désignations de délégués afin de pourvoir soit à un poste devenu vacant en raison d'un décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un délégué, soit à un(de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs de la Section dite « Branche IEG » au cours de cette période.

Pour ce faire, les personnes morales souscriptrices susvisées sont informées par la Mutuelle, par tous moyens, de la possibilité de désigner les délégués ainsi que de la date limite pour procéder à cette désignation.

- IV. Pour l'application du II et III du présent Article, les membres participants et honoraires pris en compte sont ceux recensés au 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle se déroulent les élections ainsi que les désignations des délégués.

En tout état de cause, la perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué.

ARTICLE 10 - COMMISSION ÉLECTORALE

Une commission électorale composée de 5 membres issus du Conseil d'Administration est créée pour les élections de la Mutuelle.

Cette commission est chargée de suivre les opérations électorales prévues dans les Statuts ainsi que dans le protocole préélectoral validé par le Conseil d'Administration, à savoir principalement : l'organisation des élections et l'envoi du matériel de vote.

Par ailleurs, la commission électorale a seule qualité pour recevoir les réclamations ou les contestations relatives aux difficultés nées de l'interprétation du protocole préélectoral et du déroulement des opérations de vote. Le cas échéant, la commission électorale les consigne sur le procès-verbal des élections.

Elle proclame les résultats et établit le procès-verbal du scrutin.

SECTION 2 - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 11 - CONVOCATION

Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale.

Il la réunit au moins une fois par an.

À défaut, le Président du Tribunal Judiciaire du siège social de la Mutuelle, statuant en référé,

peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Conformément à l'article L. 114-8 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- La majorité des Administrateurs composant le Conseil,
- Les Commissaires aux Comptes,
- L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- Les liquidateurs.

À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal Judiciaire, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de l'organisme, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Les Commissaires aux Comptes sont convoqués à toute Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale est réunie au lieu indiqué dans la convocation.

ARTICLE 12 - MODALITÉS DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale doit être convoquée au moins quinze jours avant la date de la réunion, par courriel adressé individuellement à chaque délégué.

Pour autant, en cas de désaccord d'un délégué et à sa demande, la convocation pourra lui être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La Mutuelle adresse aux délégués les documents prévus par le Code de la Mutualité.

La convocation précise le cas échéant les modalités de vote par correspondance ou électronique.

Lorsque l'Assemblée n'a pu délibérer faute de réunir le quorum requis, une deuxième Assemblée est convoquée six jours au moins avant la date de sa réunion, dans les mêmes formes que la première.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

ARTICLE 13 - ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être joint à la convocation.

Toutefois, le quart des délégués au moins peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions, adressés par lettre recommandée avec avis de réception au Président du Conseil d'Administration cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale.

L'Assemblée ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle peut néanmoins procéder, en toutes circonstances, à la révocation d'un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et à leur remplacement.

ARTICLE 14 - PROCÈS-VERBAL

Il est établi une feuille de présence et un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale signés du Président du Conseil d'Administration.

ARTICLE 15 - COMPÉTENCE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale procède à l'élection, à bulletin secret, des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- Les modifications des Statuts,
- Le rapport moral du Conseil d'Administration sur les activités exercées,
- L'existence et le montant des droits d'adhésion,
- Le montant du fonds d'établissement,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives définies au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité et les opérations individuelles mentionnées au II de ce même article,
- La délégation de pouvoir au Conseil d'Administration prévue à l'Article 18 des présents Statuts,
- La création, l'adhésion ou le retrait à une Union, Fédération ou Groupe au sens du Code de la Mutualité renvoyant à la définition prévue à l'article L. 356-1 du Code des Assurances, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre Mutuelle ou une Union, ainsi que la scission ou la dissolution de la Mutuelle,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance. En l'espèce, il est précisé qu'il peut être fait appel à des réassureurs non mutualistes, les traités créés étant des traités de réassurance en quote-part ainsi qu'en excédent de sinistres par tête, par événement et par catastrophe,
- L'émission de titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la Mutualité,
- La souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement prévu à l'Article 55 des Statuts,
- Le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats ou d'adhésions, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- Le rapport spécial des Commissaires aux Comptes mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité sur les conventions soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou Unions régies par les Livres II et III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes prévu à l'article L. 114-39 du même Code,
- Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- La nomination du ou des Commissaires aux Comptes,
- La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle et dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité,
- L'allocation d'indemnités au Président du Conseil d'Administration et aux autres membres du Conseil d'Administration auxquels des attributions permanentes ont été confiées, dans les conditions fixées par le Code de la Mutualité,

- Les apports faits aux Mutuelles et aux Unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la Mutualité,
- La fixation des principes que doivent respecter les délégations de gestion de contrat collectif en vertu de l'article L. 116-3 du Code de la Mutualité,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à 116-3 du Code de la Mutualité.

Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

En dernier lieu, l'Assemblée Générale s'interdit toute résolution étrangère à l'objet défini par l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 16 - MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 16.1 - Vote en Assemblée

Chaque délégué ne dispose en propre que d'une seule voix.

Article 16.2 - Vote par procuration

La faculté de voter par procuration est offerte au délégué empêché.

À compter de la date de convocation de l'Assemblée, une formule de vote par procuration, accompagnée du texte des résolutions proposées et d'un exposé des motifs, est remise ou adressée à tout délégué qui en fait la demande, sous réserve que cette demande soit adressée au Président du Conseil d'Administration au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

Les délégués qui votent par procuration signent celle-ci et indiquent leurs nom, prénom et domicile ainsi que les noms, prénom et domicile de leur mandataire, qui doit lui-même être délégué à l'Assemblée Générale. Ils adressent la procuration à leur mandataire.

Une même personne ne peut disposer de plus de 3 mandats.

Le mandat n'est valable que pour une seule Assemblée.

Il peut cependant être donné pour deux Assemblées Générales tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées à l'Article 16.4 des présents Statuts et l'autre pour exercer les attributions visées à l'Article 16.5.

De même, un mandat donné pour une Assemblée vaut pour les Assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Article 16.3 - Vote électronique

L'Assemblée Générale se réunit par principe en présentiel.

Toutefois, certaines réunions peuvent se tenir par voie de visioconférence ou de télécommunication sur décision de l'auteur de la convocation.

Lorsqu'un vote électronique est prévu, il l'est via un système permettant de garantir le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Article 16.4 - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des Statuts, la délégation de pouvoir prévue à l'Article 18 des présents Statuts, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle, la désignation du bénéficiaire de

l'excédent de l'actif net sur le passif, ou la création d'une Mutuelle ou d'une Union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration ou par vote électronique est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués élus.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale doit être convoquée.

Elle délibèrera valablement si le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration ou par vote électronique représente au moins le quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Article 16.5 - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées à l'Article 16.4, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration ou par vote électronique est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale doit être convoquée et délibèrera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration ou par vote électronique.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

ARTICLE 17 - FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les décisions prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à l'ensemble des adhérents, membres participants ou honoraires.

Les modifications des Statuts sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants et honoraires.

ARTICLE 18 - DÉLÉGATION DE POUVOIR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Conseil d'Administration quant au choix du ou des réassureur(s) dans le cadre de la politique de réassurance et de coassurance. Cette délégation n'est valable qu'un an.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'Assemblée Générale suivante la plus proche.

CHAPITRE 2 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 - COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 19 - COMPOSITION

Le nombre d'Administrateurs est fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration est composé au maximum de trente Administrateurs. Ce nombre ne peut être inférieur à dix.

Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins d'Administrateurs ayant la qualité de membres participants.

Le Conseil d'Administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'Administrateurs exerçant des fonctions d'administrateur, de dirigeant ou d'associé dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

La représentation de chaque sexe au sein du Conseil d'Administration ne pourra être inférieure à 40 % de la totalité des Administrateurs.

ARTICLE 20 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ - LIMITE D'ÂGE

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres doivent :

- Être membres participants ou honoraires de la Mutuelle,
- Être âgés de 18 ans révolus,
- Être à jour de leurs cotisations,
- Ne pas avoir été salariés de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité, ceci étant justifié par la présentation d'un extrait de casier judiciaire de moins de trois mois au jour de l'élection,
- Avoir fourni une fiche de renseignements telle que définie par le Conseil d'Administration.

Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel Administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'Administrateur nouvellement élu.

Les Administrateurs sont tenus de signaler sans délai tout changement intervenant dans leur situation.

Les mesures d'incapacité et d'interdiction de diriger un organisme mutualiste prises à l'encontre d'un administrateur à la suite d'une décision juridictionnelle passée en force de chose jugée sont communiquées à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

ARTICLE 21 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Les déclarations de candidature aux fonctions d'Administrateurs doivent être adressées directement par les candidats au siège de la Mutuelle.

Lors de chaque renouvellement du Conseil d'Administration, le Bureau fixe le délai limite de réception des candidatures.

Conformément à l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle met en oeuvre tous les moyens utiles afin d'établir les listes de candidats aux fonctions d'Administrateurs tendant à la parité entre les hommes et les femmes.

À cet effet, la Mutuelle détermine, lors de chaque renouvellement de son Conseil d'Administration, la proportion d'hommes et de femmes que devrait comporter le Conseil d'Administration pour répondre aux exigences légales.

Les appels à candidatures précisent la proportion d'hommes et de femmes que les électeurs doivent respecter, conformément à l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité.

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents Statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des délégués de l'Assemblée Générale, scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a pas réuni la majorité absolue des suffrages exprimés.

Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative ; dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune d'entre eux.

ARTICLE 22 - DURÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des Administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- Lorsqu'ils perdent la qualité de membre de la Mutuelle,
- Lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'Article 20,
- Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions du I de l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité relatives au cumul des mandats, ils présentent dans les trois mois de leur nomination leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues au IV de cet article,
- Trois mois après qu'ils ont fait l'objet, par une décision de justice définitive, d'une condamnation entraînant l'interdiction d'exercer la fonction d'Administrateur, conformément à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité,
- Lorsque leur nomination ou renouvellement a fait l'objet d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dans les conditions prévues à l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier ainsi que ses décrets d'application.

Les Administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 23 - RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par moitié tous les trois ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

ARTICLE 24 - VACANCE

En cas de vacance (liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier), il peut être procédé à la cooptation d'un Administrateur par le Conseil d'Administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale, dans le respect des exigences de parité. Conformément à l'article L. 114-16 du Code de la Mutualité, le remplacement est soumis à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification entraîne la cessation du mandat de l'Administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'Administrateur dont le remplacement a été ratifié par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

Dans le cas où le nombre d'Administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration afin de pourvoir à l'élection de nouveaux Administrateurs.

À défaut, conformément à l'article L. 114-8 du Code de la Mutualité, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution nomme un Administrateur provisoire à la demande d'un ou plusieurs membres participants.

SECTION 2 - RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 25 : RÉUNIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation de son Président chaque fois que la situation l'exige, et au moins quatre fois par an.

Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration cinq jours au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Conformément à l'article L. 114-17, alinéa 1^{er}, du Code de la Mutualité, chaque Administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

Les Commissaires aux Comptes sont convoqués obligatoirement à la réunion du Conseil d'Administration statuant sur les comptes annuels.

Le Dirigeant Opérationnel assiste de droit aux réunions du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration peut s'adjoindre, à titre consultatif, des conseillers techniques.

Les réunions du Conseil d'Administration se tiennent, par principe, en présentiel.

Toutefois, certaines réunions peuvent se tenir par voie de visioconférence ou de télécommunication sur décision de l'auteur de la convocation.

En tout état de cause, les réunions portant sur l'arrêté des comptes annuels et l'établissement du rapport de gestion sont exclues de cette possibilité, conformément aux articles L. 114-17, alinéa 3, et L. 114-20 du Code de la Mutualité.

En outre, ces réunions portent uniquement sur des délibérations ne nécessitant pas de vote à bulletin secret.

Les moyens techniques utilisés transmettent, a minima, le son de la voix des participants et permettent la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Par ailleurs, les Administrateurs participant aux réunions se tenant par visioconférence ou par télécommunication sont pris en compte au titre du quorum et de la majorité, fixés à l'Article 27 des présents Statuts.

ARTICLE 26 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Deux représentants de salariés, élus dans les conditions prévues ci-après, assistent avec voix consultatives aux séances du Conseil d'Administration.

Sont électeurs tous les salariés de la Mutuelle dont le contrat de travail est antérieur de trois mois à la date de l'élection.

L'élection a lieu au scrutin de liste à la représentation proportionnelle au plus fort reste et sans panachage. Chaque liste comporte un nombre de candidats double de celui des sièges à pourvoir et est composée alternativement d'un candidat de chaque sexe. Sur chacune des listes, l'écart entre le nombre des candidats de chaque sexe ne peut être supérieur à un.

En cas d'égalité des voix, les candidats dont le contrat de travail est le plus ancien sont déclarés élus.

Le vote est secret.

Les candidats non élus constituent les suppléants. L'ordre de suppléance est fixé par nombre décroissant de voix obtenues, et à égalité à celui ayant le plus d'ancienneté au sein de la Mutuelle.

En cas de vacance d'un poste par décès, démission, révocation, rupture du contrat de travail ou pour toute autre cause que ce soit, le représentant élu titulaire est remplacé par le représentant suppléant, conformément à l'ordre de suppléance défini ci-dessus.

Le représentant suppléant achève le mandat de son prédécesseur.

Les représentants élus par les salariés doivent être titulaires d'un contrat de travail avec la Mutuelle antérieur d'une année au moins à leur nomination.

Conformément à l'article L. 114-16-2 du Code de la Mutualité, le mandat de représentant élu par les salariés est incompatible avec tout mandat de délégué syndical ou de membre du Comité Social et Économique (CSE) de la Mutuelle. Il est également incompatible avec l'exercice de fonctions clés ou de Dirigeant Opérationnel.

Afin de faire coïncider la durée de ces mandats avec celle des membres du CSE de la Mutuelle, lors des premières élections, les représentants des salariés auprès du Conseil d'Administration seront élus pour une durée de deux ans. Par la suite, les représentants élus par les salariés seront élus pour une durée de quatre ans.

La rupture du contrat de travail met fin au mandat de représentant élu par les salariés.

En dernier lieu, les représentants des salariés auprès du Conseil d'Administration de la Mutuelle sont tenus au même devoir de réserve et de discrétion que tous les Administrateurs.

ARTICLE 27 - DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à l'article L. 114-20 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

Les Administrateurs ne peuvent pas se faire représenter au Conseil d'Administration.

En cas de partage des voix, la voix du Président du Conseil d'Administration est prépondérante.

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection de son Président et des autres membres du Bureau, sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un Administrateur, ainsi que sur la nomination ou la révocation du Directeur Général.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, qui est soumis à l'approbation du Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

SECTION 3 - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 28 - COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration s'interdit toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il arrête toutes mesures permettant à la Mutuelle d'être constamment en capacité de garantir les engagements qu'elle prend vis-à-vis des membres participants et de leurs ayants-droit. Il fixe, dans le cadre des règles générales définies par l'Assemblée Générale, les principes directeurs que la Mutuelle se propose de suivre :

- En matière de placements,
- En matière de réassurance.

Il détermine également les orientations de la politique d'action sociale de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Il donne son autorisation à toute convention conclue avec un Administrateur.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte :

- Des prises de participations dans des sociétés soumises aux dispositions du Livre II du Code de Commerce,
- De la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité,
- De l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 du Code de la Mutualité. Un rapport distinct, certifié par les Commissaires aux Comptes et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque Administrateur,
- De l'ensemble des rémunérations versées, le cas échéant, au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L. 211-14 du Code de la Mutualité,
- De la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des Administrateurs de la Mutuelle,
- Des transferts financiers entre la Mutuelle et d'autres Mutuelles et Unions,
- Le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents,
- La valeur des placements ainsi que la quote-part de ces placements correspondant aux engagements pris envers les membres participants de la Mutuelle et leurs ayants-droit conformément à l'article L. 212-6 du Code de la Mutualité.

Il approuve le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) et établit un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes telles que visées à l'article L. 212-6 du même Code.

Conformément à l'article L. 116-4 du Code de la Mutualité, il établit aussi chaque année un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration approuve également les rapports suivants :

- Le rapport régulier au contrôleur (RSR), a minima tous les trois ans,
- Le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité (ORSA), en fonction de la périodicité établie par le Conseil d'Administration,
- Le rapport des fonctions-clés, en fonction de la périodicité établie par le Conseil d'Administration,
- Le rapport sur le contrôle interne du dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (LCB-FT), au plus tard le 30 avril de chaque année,
- Le rapport sur les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable, au plus tard le 30 juin de chaque année.

Le Conseil d'Administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'Administration ou le cas échéant au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L. 211-14 du Code susmentionné.

Le Conseil d'Administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

Conformément à l'article L. 211-14 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration nomme, sur proposition de son Président, le Dirigeant Opérationnel, qui ne peut pas être un Administrateur. Le Conseil d'Administration approuve les éléments de son contrat de travail et fixe les conditions

dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Il est mis fin à ses fonctions selon la même procédure.

Le Dirigeant Opérationnel assiste de droit à toutes les réunions du Conseil d'Administration.

Par ailleurs, le Conseil d'Administration est consulté et vote la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L. 211-12 du Code de la Mutualité, à savoir : la fonction de gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction d'audit interne et la fonction actuarielle.

Il est procédé à la notification à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution de la nomination ou du renouvellement des Dirigeants Effectifs et responsables de fonctions clés susmentionnées, dans un délai de 15 jours suivant leur nomination ou leur renouvellement.

Le Conseil d'Administration entend ces responsables, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an. Il vote les politiques écrites rédigées par ces responsables ainsi que leurs évolutions. Plus généralement, le Conseil d'Administration approuve toutes les politiques écrites, y compris celles liées à l'externalisation mentionnée au 13° de l'article L. 310-3 du Code des Assurances.

Le Conseil d'Administration définit les cas dans lesquels les Dirigeants Effectifs sont absents ou empêchés, de manière à garantir la continuité de la direction effective de la Mutuelle.

Plus généralement, le Conseil d'Administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

ARTICLE 28 BIS - DIRECTION EFFECTIVE DE LA MUTUELLE

La Direction effective de la Mutuelle est assurée par au moins deux personnes qui doivent satisfaire aux conditions prévues à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article R. 211-15 du Code de la Mutualité, ces deux personnes sont le Président du Conseil d'Administration et le Dirigeant Opérationnel.

Les Dirigeants Effectifs doivent assurer de manière permanente la continuité et la régularité des activités de la Mutuelle, dans les conditions définies par le Conseil d'Administration.

Les mesures d'incapacité et d'interdiction de diriger un organisme mutualiste prises à l'encontre de ses dirigeants effectifs à la suite d'une décision juridictionnelle passée en force de chose jugée sont communiquées à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

ARTICLE 29 - CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES SOUMISES À L'AUTORISATION PRÉALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses Administrateurs ou Dirigeant Opérationnel ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un Administrateur ou un Dirigeant Opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée, ainsi que les conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne de droit privé, si l'un des Administrateurs ou Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont généralement applicables aux conventions intervenant entre un Administrateur ou un Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle et l'une des personnes morales

appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité. Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L. 114-35 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisation qui lui sont adressées, au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

ARTICLE 29 BIS - FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les décisions prises par le Conseil d'Administration s'imposent à la Mutuelle et à ses membres, sous réserve de leur conformité à l'objet social de la Mutuelle, aux principes et aux règles générales fixées par l'Assemblée Générale ainsi qu'au Code de la Mutualité.

Les modifications des règlements mutualistes sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants et honoraires.

ARTICLE 30 - LES COMITÉS ET COMMISSIONS SPÉCIALISÉS

Outre le Comité d'Audit, dont la composition est fixée conformément aux articles L. 823-19 du Code du Commerce et L. 114-17-1 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration peut décider de la création de comités ou commissions spécifiques pour l'accompagner dans le cadre de ses missions.

Chaque comité ou commission est régi par son propre règlement.

Le Conseil d'Administration décide également de la suppression d'une commission.

Il peut également décider de la création de Comités d'Animation Mutualistes dont le rôle, les attributions et modalités de fonctionnement sont précisés dans un règlement spécifique, auquel les membres doivent se conformer.

ARTICLE 31 - DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration peut confier des attributions et déléguer partie de ses pouvoirs, sous son contrôle et sa responsabilité :

- Au Président du Conseil d'Administration,
- À un ou plusieurs Administrateurs,
- À un ou plusieurs comités ou commissions,
- Au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L. 211-14 du Code de la Mutualité ainsi qu'au Chapitre VI des présents Statuts.

Les délégations données par le Conseil d'Administration font l'objet d'une décision lors de chaque renouvellement du Conseil d'Administration. Elles sont annexées au procès-verbal de la réunion. Par ailleurs, il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions ou délégations.

SECTION 4 - STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 32 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS (ET DU DIRIGEANT OPÉRATIONNEL)

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites, conformément à l'article L. 114-26 du Code de la Mutualité.

Toutefois, la Mutuelle rembourse aux Administrateurs les frais de déplacement et de séjour ainsi que de garde d'enfants, selon les dispositions de l'article L. 114-26, alinéa 6, du Code de la Mutualité. La Mutuelle peut également verser des indemnités à ses Administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L. 114-26 à L. 114-28 du Code de la Mutualité.

Les Administrateurs et le Dirigeant Opérationnel veillent à accomplir leurs missions dans le

respect de la loi et des présents Statuts. Tout Administrateur ou toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration, ainsi que le Dirigeant Opérationnel, sont tenus à la discrétion à l'égard des faits ou des renseignements dont ils prennent connaissance dans le cadre de leurs fonctions et qui revêtent un caractère confidentiel.

Ils ne doivent pas divulguer à l'extérieur de la Mutuelle des faits, informations ou problèmes spécifiques que la Mutuelle peut rencontrer.

Les Administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre Mutuelle, une Union ou une Fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

Les Administrateurs, ainsi que le Dirigeant Opérationnel, sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

Il est interdit aux Administrateur et au Dirigeant Opérationnel de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans les conditions contraires à l'Article 29 des présents Statuts.

ARTICLE 33 - RESPONSABILITÉ

Conformément à l'article L. 114-29 du Code de la Mutualité, la responsabilité des Administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle, l'Union ou la Fédération ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des Statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE 3 : PRÉSIDENT ET BUREAU

ARTICLE 34 - COMPOSITION ET ÉLECTION DU BUREAU

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Bureau au cours de la première réunion qui suit chaque Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Le Bureau est composé :

- Du Président,
- D'un ou plusieurs vice-Présidents,
- D'un trésorier,
- D'un trésorier adjoint,
- D'un secrétaire général,
- D'un secrétaire général adjoint,
- D'un ou plusieurs autres membres.

La composition du Bureau pourra être élargie par le Conseil d'Administration en fonction d'impératifs économiques ou réglementaires.

Le Conseil d'Administration, peut, à tout moment, mettre un terme aux fonctions des membres du Bureau.

Le Conseil d'Administration confie aux membres du Bureau les missions définies aux présents Statuts. Pour autant, le Conseil d'Administration peut décider de leur attribuer des missions complémentaires.

ARTICLE 35 - RÉUNION DU BUREAU

Le Bureau se réunit sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

Le Dirigeant Opérationnel assiste à toutes les réunions du Bureau.

ARTICLE 36 - ÉLECTION ET RÉVOCATION DU PRÉSIDENT

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président, en qualité de personne physique, qui sera l'un des deux Dirigeants Effectifs de la Mutuelle.

Le Président du Conseil d'Administration est élu par les membres du Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit chaque Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Le Président du Conseil d'Administration est nommé pour une durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'Administrateur.

Il est rééligible.

Conformément à l'article L. 612-23-1, 1°, du Code Monétaire et Financier, la nomination du Président du Conseil d'Administration ainsi que son renouvellement sont notifiés à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Le Conseil d'Administration peut, à tout moment, mettre un terme aux fonctions du Président du Conseil d'Administration.

Enfin, conformément à l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité, le Président du Conseil d'Administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de Président, que quatre mandats d'Administrateur, dont au plus deux mandats de Président du Conseil d'Administration d'une Fédération ou d'une Union ou d'une Mutuelle. Dans le décompte des mandats du Président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les Mutuelles ou Unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 37 - VACANCE

En cas de décès, de cessation du mandat d'Administrateur suite à une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution conformément à l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier, de démission de ses fonctions ou de perte de la qualité de membre participant du Président du Conseil d'Administration, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le 1^{er} vice-Président. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par ce dernier.

ARTICLE 38 - MISSIONS DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Président exerce la Direction effective de la Mutuelle au sens de l'article L. 211-13 du Code de la Mutualité.

Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il informe le Conseil d'Administration des procédures engagées en application des dispositions de la Section 6 et de la Section 7 du Chapitre II du Titre 1^{er} du Livre VI du Code Monétaire et Financier.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les Administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le Président du Conseil d'Administration convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

Il soumet à l'autorisation du Conseil d'Administration les conventions intervenant avec un Administrateur.

Il donne avis aux Commissaires aux Comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage les dépenses.

Le Président du Conseil d'Administration représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

ARTICLE 39 - MISSIONS DES VICE-PRÉSIDENTS

Les vice-Présidents secondent le Président du Conseil d'Administration. Le 1^{er} vice-Président supplée le Président du Conseil d'Administration, en cas d'empêchement, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions, à l'exception des domaines relevant de la Direction Effective de la Mutuelle.

ARTICLE 40 - MISSIONS DU TRÉSORIER

Le trésorier effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président du Conseil d'Administration et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Le trésorier est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle ou à ses salariés, l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Les délégations sont formalisées par écrit conformément à la législation en vigueur.

ARTICLE 41 - MISSIONS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives.

Le secrétaire général est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle ou à ses salariés, l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Les délégations sont formalisées par écrit conformément à la législation en vigueur.

ARTICLE 42 - MISSIONS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire général.

Par ailleurs, le secrétaire général adjoint supplée le secrétaire général, en cas d'empêchement, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 43 - MISSIONS DU TRÉSORIER ADJOINT

Le trésorier adjoint seconde le trésorier.

Par ailleurs, le trésorier adjoint supplée le trésorier, en cas d'empêchement, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE 4 - DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

ARTICLE 44 - NOMINATION DU DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président, le Dirigeant Opérationnel.

Il est mis fin aux fonctions du Dirigeant Opérationnel suivant la même procédure.

Le Conseil d'Administration approuve les éléments de son contrat de travail.

Il fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la Direction effective de la Mutuelle, le Dirigeant Opérationnel exerçant ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations qu'il arrête.

Le Dirigeant Opérationnel assiste à chaque réunion du Conseil d'Administration ainsi qu'aux réunions du Bureau.

Le Dirigeant Opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation mentionnée à l'Article 31 des présents Statuts et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'Assemblée Générale, au Conseil d'Administration et au Président.

CHAPITRE 5 - STATUT DU MANDATAIRE MUTUALISTE

ARTICLE 45 - DÉFINITION

Le mandataire mutualiste, en application de l'article L. 114-37-1, est une personne physique distincte de l'Administrateur mentionné à l'article L. 114-16, qui apporte à une Mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du ou des mandats pour lesquels il a été statutairement élu ou désigné.

ARTICLE 46 - MANDATAIRE MUTUALISTE

Les fonctions du mandataire mutualiste sont gratuites, conformément à l'article L. 114-37-1 du Code de la Mutualité. Il n'est ni Administrateur, ni salarié de la Mutuelle, son concours est bénévole.

Toutefois, la Mutuelle rembourse aux mandataires mutualistes les frais de déplacement et de séjour ainsi que de garde d'enfants, selon les dispositions de l'article L. 114-37-1, alinéa 3, du Code de la Mutualité.

ARTICLE 47 - MODALITÉS DE DÉSIGNATION

Peuvent bénéficier du statut de mandataire mutualiste, sous réserve d'une désignation du Président en ce sens :

- Les délégués,
- Les présidents et militants des Comités d'action Mutualistes,
- Toute personne ayant reçu un mandat particulier.

CHAPITRE 6 - ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 48 - PRODUITS

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- Le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres, dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale,
- Les cotisations des membres,
- Les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- Les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- Les prestations de service.

Plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités de la Mutuelle, autorisées par la loi.

ARTICLE 49 - CHARGES

Les charges de la Mutuelle comprennent :

- Les diverses prestations servies aux membres participants,
 - Les dotations aux provisions,
 - Les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
 - Les cotisations aux Unions et Fédérations,
 - Les cotisations versées aux fonds de garantie institués par l'article L. 431-1 du Code de la Mutualité, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par ces fonds,
 - Les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L. 111-5 du Code de la Mutualité,
 - La redevance prévue à l'article L. 612-20 du Code Monétaire et Financier et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution pour l'exercice de ses missions.
- Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle autorisées par la loi.

ARTICLE 50 - FONDS DE SECOURS

Un fonds de secours est institué, dont le but est d'accorder des secours aux membres de la Mutuelle qui en font la demande, dans les conditions mentionnées sur le règlement relatif à ce fonds de secours.

Un rapport d'activité est présenté chaque année à l'Assemblée Générale.

Le règlement relatif au fonds de secours est mis à la disposition de l'adhérent à sa première demande, sur tout support durable.

SECTION 2 - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 51 - PROVISIONS ET PLACEMENTS

Conformément à l'article L. 212-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle garantit, par la constitution de provisions suffisantes représentées par des actifs équivalents, le règlement intégral des engagements qu'elle prend à l'égard des membres participants et de leurs ayants droit.

Les provisions techniques sont déterminées conformément à la réglementation applicable aux Mutuelles régies par le Code de la Mutualité.

Les placements et retraits sont décidés par le Conseil d'Administration, selon les dispositions réglementaires notamment en ce qui concerne les catégories d'actifs autorisées ainsi que les limitations par catégorie.

Le Conseil d'Administration peut décider de déléguer ces opérations aux Dirigeants Effectifs.

ARTICLE 52 - DURÉE DE L'EXERCICE

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

ARTICLE 53 - ADHÉSION AUX FÉDÉRATIONS, UNIONS ET AU SYSTÈME DE GARANTIE

La Mutuelle adhère :

- À la Fédération des Mutuelles de France,

- À la Fédération Nationale de la Mutualité Française, par le biais de l'Union de Représentation des Mutuelles de France,
 - Au Système Fédéral de Garantie (S.F.G.) de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.
- Et, le cas échéant, à toute autre Union ou Fédération régie par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 54 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un Commissaire au Compte, qui est convoqué à chaque Assemblée Générale.

Conformément à l'article L. 823-1 du Code du Commerce, les Commissaires aux Comptes sont nommés pour six exercices et leurs fonctions expirent après la délibération de l'Assemblée Générale statuant sur les comptes du sixième exercice.

SECTION 3 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT ET FONDS DE DÉVELOPPEMENT

ARTICLE 55 - MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de trois cent quatre-vingt-un mille cent euros (381 100 €). Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 56 - FONDS DE DÉVELOPPEMENT

La Mutuelle peut constituer un fonds de développement destiné à lui procurer les éléments de solvabilité dont elle doit disposer pour satisfaire à la réglementation en vigueur.

TITRE III INFORMATION DES ADHÉRENTS

ARTICLE 57 - ÉTENDUE DE L'INFORMATION

Chaque membre reçoit gratuitement un exemplaire des Statuts et des règlements mutualistes. Pour les opérations collectives, la Mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la Mutuelle ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion mais de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé par les parties.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les Statuts de la Mutuelle à chaque membre participant et de l'informer des modifications de ces documents.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des Statuts et des règlements sont portés à la connaissance de chaque membre participant ou honoraire.

ARTICLE 58 - RÉCLAMATIONS ET SERVICE DE MÉDIATION

Pour toute réclamation ou litige, les adhérents ont la faculté de s'adresser à la Mutuelle dans les conditions définies aux règlements mutualistes ainsi qu'aux contrats collectifs.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle, ou à défaut de réponse de

la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent, ou son ayant-droit, peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :
**Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15**

- soit directement via le site du Médiateur de la Mutualité Française :
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai n'excédant pas trois mois pourra être fixé, dont les parties à la médiation seront informées. L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 59 - DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION DE LA MUTUELLE

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'Article 16.3 des Statuts.

La Mutuelle en informe immédiatement l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être choisis parmi les membres du Conseil d'Administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des Administrateurs.

L'Assemblée Générale conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

Conformément à l'article L. 212-14 du Code de la Mutualité, dans le mois de la décision constatant la caducité de l'agrément, la Mutuelle soumet à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation ainsi que les moyens en personnel et matériels mis en oeuvre pour la gestion des engagements résiduels.

Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégataire et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en oeuvre sont communiqués à l'Autorité, qui peut, ainsi qu'il est dit à l'article L. 612-26 du Code Monétaire et Financier, réaliser tout contrôle sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution se réserve le droit de ne pas l'approuver et peut demander un nouveau programme, dans les délais et conditions qu'elle prescrit.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu dans les conditions prévues par le Code de la

Mutualité par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'Article 16.3 des présents Statuts.

Conformément à l'article L. 113-4 du Code de la Mutualité, si l'Assemblée Générale ayant prononcé la dissolution n'a pas dévolu l'excédent de l'actif net sur le passif, l'excédent est octroyé au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 60 - REDRESSEMENT, SAUVEGARDE ET LIQUIDATION JUDICIAIRE

Conformément à l'article L. 212-15 du Code de la Mutualité, une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire ne peut être ouverte à l'égard de la Mutuelle qu'à la requête de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Le Tribunal peut également se saisir d'office ou, après avis conforme de l'Autorité, être saisi d'une demande d'ouverture de cette procédure par le procureur de la République.

Le Président du Tribunal ne peut être saisi d'une demande d'ouverture d'une procédure de conciliation instituée par l'article L. 611-4 du Code de Commerce ou d'une procédure de sauvegarde visée à l'article L. 620-1 du même Code, à l'égard de la Mutuelle, qu'après avis conforme de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Lorsqu'il est saisi d'une demande d'ouverture du règlement amiable institué par les articles L. 611-3 à L. 611-6 du Code de Commerce, le Président du Tribunal en informe l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, si possible avant l'ouverture de cette procédure ou, à défaut, immédiatement après.

Lorsqu'une procédure de liquidation judiciaire est ouverte à l'égard de la Mutuelle, son agrément est retiré selon les modalités de l'article L. 325-1 du Code des Assurances. Dans ce cas, les dispositions des articles L. 326-4, L. 326-9 et L. 326-14 du Code des Assurances sont applicables. La Mutuelle reste soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution jusqu'à ce que l'ensemble des engagements résultant des contrats souscrits par la Mutuelle ait été intégralement et définitivement réglé aux membres participants et aux tiers bénéficiaires ou ait fait l'objet d'un transfert autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 212-11.

Après autorisation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, le liquidateur peut poursuivre certaines activités de la Mutuelle concernée dans la mesure où cela est nécessaire et approprié pour les besoins de la liquidation.

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE VOLET SANTÉ

Approuvé par le Conseil d'Administration du 19 octobre 2022

CERTIFIÉ CONFORME
La Présidente
Carole HAZÉ



Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS **SOLIDAIRES**

TABLE DES MATIÈRES

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	19
Article 1 : Cadre réglementaire/ raison sociale de la Mutuelle	19
Article 2 : Objet de la garantie	19
Article 3 : Population assurée	19
Article 4 : Prise d'effet, renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion	20
Article 4-1 : Prise d'effet	20
Article 4-2 : Délai d'attente	20
Article 4-3 : Durée et renouvellement de l'adhésion	20
Article 4-4 : Affiliation des ayants droit	20
Article 4-5 : Changement de garantie	21
Article 4-6 : Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit	21
Article 5 : Droit de renonciation	22
Article 5-1 : Vente à distance	22
Article 5-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance	22
Article 5-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile	22
Article 6 : Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle	23
TITRE 2. COTISATIONS	23
Article 7 : Montant des cotisations	23
Article 8 : Détermination des cotisations	23
Article 9 : Gratuité	23
Article 10 : Modalité de paiement des cotisations	23
Article 11 : Révision des cotisations	23
Article 12 : Remboursement de cotisations	23
Article 13 : Incident de paiement	23
Article 14 : Défaut de paiement	24
Article 15 : Réintégration suite à défaut de paiement des cotisations	24
TITRE 3. GARANTIES	24
Article 16 : Définition	24
Article 17 : Frais Garantis	25
Article 18 : Respect des critères du contrat responsable et solidaire	25
Article 19 : OPTAM - OPTAM CO	26
Article 20 : Garanties éligibles à la participation des Collectivités territoriales et de leurs établissements publics	26
Article 21 : Prises en charge particulières	26
Article 21-1 : Prises en charge des médecines complémentaires non prises en charge par le régime obligatoire	26

Article 21-2 : Établissements et services spécialisés	26
Article 21-3 : Chambre particulière	26
Article 21-4 : Cures thermales non remboursées par l'Assurance Maladie obligatoire	26
Article 21-5 : Frais d'accompagnant ou d'accompagnement	26
Article 21-6 : Soins à l'étranger	26
Article 22 : Garanties complémentaires	26
Article 22-1 : Allocation nuptialité	26
Article 22-2 : Allocation natalité	26
Article 22-3 : Frais d'obsèques	27
Article 22-4 : Garantie en inclusion	27
Article 23 : Risques en cours au moment de l'adhésion	27
Article 24 : Territorialité	27
Article 25 : Cessation des garanties	27
TITRE 4. PRESTATIONS	27
Article 26 : Règlement des prestations	27
Article 27 : Télétransmission	27
Article 28 : Tiers payant	27
Article 29 : Plafond de remboursement	28
Article 30 : Pièces à fournir / délais de transmission	28
Article 30-1 : Pièces à fournir à l'adhésion	28
Article 30-2 : Pièces à fournir pour le versement des prestations	28
Article 30-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives	28
Article 31 : Contrôle médical	28
TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES	29
Article 32 : Fonds social / Fonds de secours	29
Article 33 : Subrogation	29
Article 34 : Fausse déclaration (intentionnelle et non intentionnelle)	29
Article 35 : Réclamation	29
Article 36 : Médiation	29
Article 37 : Prescription	30
Article 38 : Protection des données personnelles	30
Article 39 : Opposition au démarchage téléphonique	31
Article 40 : Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	31
Article 41 : Autorité de contrôle	31

TITRE 6. CONTRAT DE SORTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	31
Article 42 : Population assurée au titre du contrat de sortie.....	31
Article 43 : Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat de sortie.....	32
Article 43-1 : Prise d'effet du contrat de sortie.....	32
Article 43-2 : Durée et renouvellement du contrat de sortie.....	32
Article 43-3 : Résiliation de l'adhésion au contrat de sortie.....	32
Article 44 : Montant des cotisations du contrat de sortie.....	32
Article 45 : Cessation des garanties prévues au contrat de sortie.....	32

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement mutualiste frais de santé est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé « l'adhérent », et d'autre part Solimut Mutuelle de France, ci-après dénommée « la Mutuelle », dont le siège social se situe au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.

La Loi applicable au présent règlement est la Loi française.

Solimut Mutuelle de France est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, et immatriculée au répertoire Sirene sous le n°383 143 617 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

Conformément aux dispositions des statuts, il est institué un règlement mutualiste qui définit le contenu des engagements entre les adhérents et la Mutuelle en matière de prestations et de cotisations, et, tous les adhérents sont tenus de s'y conformer. Il est adopté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en application de l'article L114-1 du Code de la mutualité.

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit tels que définis à l'article « Population assurée », en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés

Ledit règlement définit le contenu, la durée, les prestations et les cotisations de la couverture complémentaire. Il est adopté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale.

Les prestations sont définies par le tableau de garantie correspondant à la garantie choisie par le membre participant.

Des règles dérogatoires s'appliquent aux contrats de sortie du dispositif de complémentaire santé solidaire prévus à l'article L. 861-12 du Code de la Sécurité sociale ; ces règles sont présentées dans le titre 6.

ARTICLE 3 : POPULATION ASSURÉE

Sont assurés au titre du présent règlement mutualiste, les adhérents ayant signé un bulletin d'adhésion, et étant affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire telle que définie à l'article « Définition ».

Peuvent également bénéficier de la garantie les ayants droit de l'adhérent dès lors qu'ils remplissent les conditions fixées par le présent règlement mutualiste.

Les ayants droit de l'adhérent sont définis ci-après :

■ Conjoint

On entend par conjoint la personne mariée civilement à l'adhérent et non séparée de corps judiciairement.

Est assimilé au conjoint :

- Soit le « concubin », le concubinage notoire étant justifié par une attestation sur l'honneur de vie commune. Est considéré comme étant concubin notoire, la personne vivant avec l'adhérent, sous condition d'être tous deux libres de tout lien matrimonial et pouvant apporter la preuve que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente depuis un an au moins avant la date de l'évènement mettant en jeu la garantie. Ce délai est abrogé en cas de naissance d'un enfant commun aux deux concubins au cours de cette période.
- Soit le « partenaire lié par un PACS », c'est-à-dire le partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.).

■ Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants de l'adhérent, et ceux de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin :

- Affiliés en tant qu'ayant droit au régime de base de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Ou s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :

- Qui poursuivent leurs études dans un établissement secondaire, supérieur ou professionnel, sur présentation d'un certificat de scolarité,
- Qui sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi, sur présentation de l'attestation d'inscription,
- Qui poursuivent une formation professionnelle en alternance (apprentissage, professionnalisation...) sur présentation du contrat d'alternance.

Les justificatifs nécessaires devront être produits annuellement.

Lorsque les enfants à charge de plus de 18 ans ne respectent plus les conditions mentionnées ci-dessous, ou qu'ils ont atteint l'âge de 26 ans, la qualification d'ayant droit perdure jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles et que son état d'invalidité est survenu avant son 21^{ème} anniversaire.

Remarque : Les majeurs protégés peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, sous réserve de la cosignature de leur mandataire, de leur tuteur, ou de leur curateur **lorsque cela est nécessaire**.

Le cas échéant, l'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion.

À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse (postale ou email).

À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

ARTICLE 4 : PRISE D'EFFET, RENOUVELLEMENT, MODIFICATION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Article 4-1 : Prise d'effet

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, la prise d'effet de l'adhésion est fixée au lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.

Quel que soit le mode d'adhésion, l'adhésion ne pourra pas être antérieure à la date fixée par les règles de principe énoncées ci-dessus.

En tout état de cause, la prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à la réception de l'intégralité des pièces nécessaires à l'adhésion, telles que définies à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission ».

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du règlement mutualiste.

L'adhésion ou la ré adhésion à la Mutuelle peut être subordonnée à un droit d'adhésion dont le montant est fixé à l'article « Droits d'adhésion » des statuts de la Mutuelle.

Article 4-2 : Délai d'attente

Le délai d'attente, également appelé délai de carence, est la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas, ou de manière limitée, sauf pour les prises en charge imposées par le cahier des charges du contrat responsable, fixées par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale reprises à l'article 18 du présent Règlement Mutualiste, bien que l'adhérent cotise.

Les délais d'attente ne sont pas appliqués aux nouveaux adhérents pouvant justifier du bénéfice d'une complémentaire santé antérieure, avec une interruption maximale de deux mois entre la résiliation de l'ancienne couverture et l'adhésion à la Mutuelle. Cette justification est apportée sur présentation d'un certificat de radiation.

Article 4-3 : Durée et renouvellement de l'adhésion

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. La couverture se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise dans l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, dans les conditions de la résiliation infra annuelle, reprise dans l'article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité, et de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification :

- De sa situation administrative concernant son régime obligatoire ;
- De sa situation familiale en cas d'affiliation des ayants droit ;
- De ses coordonnées personnelles (adresse postale et adresse email).

Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

Article 4-4 : Affiliation des ayants droit

En dehors de l'hypothèse d'une naissance, ou d'une adoption, en cas d'affiliation éventuelle d'un ayant droit supplémentaire postérieurement à l'adhésion de l'adhérent principal, l'affiliation dudit ayant droit prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

En cas de naissance d'un enfant, l'adhésion de cet enfant prend effet au premier jour du mois de sa naissance si l'adhérent communique à la Mutuelle l'acte de naissance, ainsi que l'attestation Sécurité sociale comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents, dans les trois mois suivant la naissance. À défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant nouveau-né à la Mutuelle.

En cas d'adoption d'un enfant, l'adhésion de cet enfant prend effet au premier jour du mois où l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille, si l'adhérent communique à la Mutuelle l'acte d'adoption, ainsi que l'attestation Sécurité sociale comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents, dans les trois premiers mois suivant l'adoption. À défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant adopté à la Mutuelle.

Article 4-5 : Changement de garantie

L'adhérent peut demander un changement de niveau de garantie à l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de son adhésion, ou le cas échéant, suivant la date d'effet du précédent changement de niveau de garantie. La demande doit être formulée par tout support durable (courrier ou envoi électronique).

Le changement de niveau de garantie prend effet le 1er jour du mois suivant la réception du bulletin modificatif (avenant au bulletin d'adhésion) par la Mutuelle.

Tout changement de niveau de garantie concernera l'ensemble des bénéficiaires de la garantie prévue au présent règlement mutualiste.

Pour tout changement de garantie, l'adhérent a le droit au montant des forfaits de sa nouvelle garantie déduction faite des forfaits consommés au cours de l'année civile au titre de son ancienne garantie.

Article 4-6 : Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit

La demande par l'adhérent de la résiliation de l'adhésion ou de la radiation de l'ayant droit s'effectue par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité.

La demande de résiliation doit être formulée avant le 31 octobre de l'année en cours et prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande. Votre couverture perdure donc jusqu'au 31 décembre inclus.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, la résiliation peut être formulée à tout moment et prendra effet un mois après réception de la demande.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux contrats de sortie CSS prévus au titre 6.

La radiation de l'adhérent concerne l'ensemble des ayants droit affiliés au présent règlement mutualiste.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de la Loi Châtel, reprise dans l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, et de l'article L221-17 du Code de la mutualité.

Seul l'adhérent peut demander la radiation des ayants droit en tant que souscripteur de la couverture. Ainsi, la demande de radiation émanant d'un ayant droit sera de nul effet.

Cependant la résiliation peut également émaner du futur organisme assureur de l'adhérent.

Toutefois pour que cette demande soit recevable elle devra :

- Être accompagnée du mandat attestant que l'adhérent a effectivement mandaté ledit organisme afin d'effectuer la demande de résiliation ;
- Respecter les mêmes conditions que les demandes émanant directement de l'adhérent.

Résiliation de l'adhésion ou radiation de l'ayant droit en cours d'année :

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties, **lorsque l'objet de la couverture est en lien direct avec la situation antérieure qui ne se retrouve plus dans la nouvelle situation découlant :**

- D'un changement de domicile ;
- D'un changement de situation matrimoniale ;
- D'un changement de régime matrimonial ;
- D'un changement de profession ;
- D'une retraite professionnelle ou d'une cessation définitive d'activité professionnelle.

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement susmentionnés, ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Par ailleurs, en cours d'année, il peut être mis fin à l'adhésion de manière anticipée, pour les cas mentionnés ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :

Perte du régime d'Assurance Maladie Obligatoire par l'adhérent :

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'événement est survenu sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent la date de l'événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Attribution de la Complémentaire Santé Solidaire :

La résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits à la **Complémentaire Santé Solidaire**, telle que figurant sur l'attestation de droit, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent cette date, et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Décès de l'adhérent :

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage à rembourser aux personnes concernées la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

De même, en cours d'année, l'adhérent peut demander la radiation d'un ayant droit pour les cas mentionnés ci-dessous :

- **Perte du régime d'Assurance Maladie Obligatoire par l'ayant droit :** La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'événement est survenu, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent l'événement, et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

- **Attribution de la Complémentaire Santé Solidaire à l'ayant droit :** La radiation prend effet à la date d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire, telle que figurant sur l'attestation de droit, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent cette date, et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

- **Décès de l'ayant droit :** La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle.

- **Divorce ou séparation :** La radiation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande sur justificatif.

Si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le premier jour du mois suivant la dernière prestation versée.

En tout état de cause, les garanties cessent au dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire de la garantie ne répond plus à la définition de l'ayant droit présent à l'article « Population assurée » du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 5 : DROIT DE RENONCIATION

Article 5-1 : Vente à distance

Est qualifié de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

En pratique il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du Code de la consommation.

L'adhérent peut manifester son opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'adhérent et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle transmet à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, l'adhérent a le droit de demander à recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, l'adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

Article 5-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification ; ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat santé (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature.

Les effets du droit de renonciation

Le règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de cette dernière.

Article 5-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

«Je soussigné (Nom, prénom) ... demeurant..... (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat santé n°..... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut Mutuelle de France, et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature».

Les effets du droit de renonciation

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent.

L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai

de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

ARTICLE 6 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'ensemble des garanties définies au présent règlement mutualise ont été fixées compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet.

Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique du contrat, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance des membres participants.

Chaque garantie pouvant être modifiée à tout moment dans les conditions prévues aux statuts.

TITRE 2. COTISATIONS

ARTICLE 7 : MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues aux statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste sont inclus dans la cotisation. Par ailleurs, les cotisations peuvent également intégrer des frais d'échéance.

Le montant des cotisations est mentionné sur le bulletin d'adhésion de l'adhérent. Le montant indiqué est celui en vigueur à la date de signature du bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article relatif « révision des cotisations » du présent règlement.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

Lorsque la garantie souscrite prévoit des cotisations fixées par tranche d'âge, la cotisation de l'adhérent évoluera au 1^{er} janvier de l'année.

L'âge se calcule en fonction de l'âge de l'adhérent au 1^{er} janvier de l'année.

ARTICLE 8 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Les modes de calcul des cotisations sont déterminés conformément au Code de la mutualité, notamment par son article L.110-2.

Dans le cadre des opérations individuelles relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais de santé (occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident), la Mutuelle ne peut moduler le montant des cotisations qu'en fonction :

- Du revenu,
- De la durée d'appartenance à la Mutuelle,
- Du régime de sécurité sociale d'affiliation,
- Du lieu de résidence,

- Du nombre d'ayants droit,
- De l'âge des membres participants.

À titre dérogatoire, concernant les adhérents qui relèvent de la Fonction publique territoriale, et adhèrent au présent règlement mutualiste dans le cadre d'une offre labélisée, la Mutuelle module les cotisations en fonction de la date d'adhésion des agents au dispositif conformément au Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011. Ainsi, les cotisations sont majorées d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la Fonction publique ou, intervient plus de deux ans après la date de publication du Décret susmentionné. Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté. Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la Fonction publique et de sa durée de cotisation à un règlement ou contrat labélisé, ou de la durée du bénéfice d'une convention de participation.

ARTICLE 9 : GRATUITÉ

Pour les couvertures dont la cotisation est établie par individu (adhérent ou ayant droit) composant la famille, la cotisation est gratuite pour :

- Le nouveau-né, jusqu'au dernier jour du mois précédant son premier anniversaire,
- L'enfant adopté, jusqu'au dernier jour du mois précédant le premier anniversaire de la date où l'enfant a été confié à la famille en vue de l'adoption,
- Pour le 3^{ème} enfant à charge et les suivants.

La gratuité ne s'applique pas aux couvertures individuelles dont les cotisations sont calculées selon la composition familiale.

ARTICLE 10 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire, chèque ou mandat.

Si l'adhérent choisit de régler les cotisations par prélèvement automatique bancaire, le compte bancaire devra être domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA.

Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le bulletin d'adhésion.

Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros.

ARTICLE 11 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'équilibre technique du contrat, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

ARTICLE 12 : REMBOURSEMENT DE COTISATIONS

En cas de résiliation en cours d'année prévue à l'article « Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit » la part de cotisation correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglée, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants. Le remboursement éventuel des cotisations est soumis à l'obligation préalable de restitution de la ou des carte/s mutualiste/s de tiers-payant délivrée/s par la Mutuelle.

ARTICLE 13 : INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

ARTICLE 14 : DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut du paiement d'une cotisation, ou fraction de cotisation, due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa.

Lors de l'envoi de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

ARTICLE 15 : RÉINTÉGRATION SUITE À DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent devra adresser une demande à la Mutuelle dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de radiation, et régler l'arriéré de ses cotisations. La réintégration a un effet rétroactif depuis la date de radiation.

Par conséquent, l'adhérent devra également s'acquitter des cotisations correspondant à la période de réintégration.

Dans le cas où le délai de 6 mois est dépassé, la demande d'adhésion d'un ancien adhérent radié de la Mutuelle pour non-paiement des cotisations, ou ayant demandé la résiliation de sa garantie sans avoir payé tout ou partie de la cotisation y afférent est subordonnée à l'acceptation par la Mutuelle. En cas d'acceptation, cette nouvelle adhésion ne pourra être effective qu'après régularisation des sommes dues à la Mutuelle, si l'action n'est pas prescrite, conformément aux dispositions de l'article «Prescription» du présent règlement. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

TITRE 3. GARANTIES

ARTICLE 16 : DÉFINITION

Adhérent :

Personne physique qui a adhéré au règlement mutualiste. Les ayants-droit peuvent également bénéficier de ces mêmes garanties dans les conditions définies audit règlement.

Ayant droit :

Personne qui bénéficie de l'assurance maladie complémentaire d'un adhérent en raison de ses liens familiaux avec celui-ci.

Assurance Maladie Obligatoire :

Régimes obligatoires français et monégasques couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

L'Assurance Maladie Obligatoire permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail.

Assurance Maladie Complémentaire :

Ensemble des garanties, proposées par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Auxiliaires Médicaux :

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, Masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Base de remboursement :

Tarif de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

On parle de :

- Tarif de Convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'Autorité (TA) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de Responsabilité (TR) : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Forfait journalier :

Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1^{er} janvier 2018, son montant est de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, etc.).

Forfait Patient Urgences :

Il s'agit de la somme due pour tout passage dans une structure des urgences d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Ce forfait est fixé à 19,61€.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Certains patients peuvent bénéficier d'un forfait minoré à hauteur de 8,49€ (personnes en affection de longue durée, etc.) ou d'une dispense totale (femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, bénéficiaires de l'aide médicale d'État, etc.).

Hospitalisation :

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...).

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Parcours de soin :

C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants droits de moins de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- À déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Prescription médicale :

Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Prestations :

Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou ses ayants droit par l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue (MonPsy) :

Dispositif permettant la prise en charge jusqu'à 8 séances d'accompagnement par an, réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie. L'Adhérent devra obtenir au préalable un courrier d'adressage de son médecin traitant.

La Mutuelle intervient en complément du remboursement opéré par l'Assurance Maladie.

La prise en charge s'effectue dans le cadre du contrat responsable.

Ticket modérateur :

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

ARTICLE 17 : FRAIS GARANTIS

Un tableau de garanties définissant les prestations assurées conformément à la couverture choisie est remis à l'adhérent avec le bulletin d'adhésion.

Les prestations de la Mutuelle versées au titre du présent règlement mutualiste interviennent sous déduction du remboursement opéré par l'Assurance Maladie Obligatoire, et en cas de pluralité d'assureur sous déduction des remboursements opérés au titre d'une autre couverture complémentaire. Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ou sous forme de forfait selon la garantie choisie. Elles peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un plafonnement de remboursement.

Selon la garantie choisie, la Mutuelle peut également prendre en charge des prestations non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La Mutuelle peut proposer dans son offre des différences de niveaux de prestations notamment lorsque l'adhérent choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les Mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale. Seuls les frais de santé dont la date de soins est postérieure à la date d'affiliation des adhérents peuvent donner lieu à prise en charge au titre du règlement mutualiste.

Aucune prestation ne sera servie après la date de cessation des garanties des adhérents, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Le niveau des garanties proposées par la Mutuelle ne peut être modulé qu'au regard :

- des cotisations payées,
- de la situation de famille des bénéficiaires,
- du choix du bénéficiaire de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé (réseau sanitaire et social mutualiste partenaire) avec lequel la Mutuelle a conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 18 : RESPECT DES CRITÈRES DU CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

Le contrat est dit « solidaire » lorsqu'aucune sélection médicale n'est effectuée lors de l'adhésion et que le tarif n'évolue pas en fonction de l'état de santé de l'adhérent, ni de celui de ses ayants droit. Le contrat est dit « responsable » lorsque les garanties proposées par la Mutuelle s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable prennent obligatoirement en charge :

- Le remboursement minimum du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins pris en charge par l'Assurance Maladie, à l'exception des frais de cures thermales, les médicaments remboursés à 30% et à 15%, et les spécialités et préparations homéopathiques, sauf précision contraire dans le tableau des prestations ;
- Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé sans limitation de durée ;
- Le forfait patient urgence facturé par les établissements de santé ;
- Un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou pas un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ;
- L'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée ;
- Les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des prestations et équipements appartenant à une classe à prise en charge libre, dans le respect des plafonds de remboursement et des délais de renouvellement des équipements.
- Les séances d'accompagnement réalisées chez un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie dans le cadre du dispositif « MonPsy », dans la limite de 8 séances par année civile.

Exclusions liées au caractère responsable du règlement mutualiste :

Ne sont pas couverts au titre du présent règlement mutualiste :

- La participation forfaitaire acquittée par l'adhérent ou ses ayants droit pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'Assurance Maladie ;
- Les franchises médicales mises à la charge de l'adhérent ou ses ayants droit par la Sécurité sociale concernant les frais relatifs aux médicaments, actes d'un auxiliaire médical et transports sanitaires ;
- La prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux adhérents ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Le caractère responsable ou non responsable de la couverture souscrite est indiqué dans le tableau de garantie annexé au présent règlement mutualiste.

Lorsque la couverture souscrite est responsable, dans l'hypothèse où le tableau de garantie ne prévoit pas expressément la prise en charge d'une garantie composant le cahier des charges du contrat responsable suite à une évolution réglementaire, la Mutuelle procède à la prise en charge de cette garantie dans les limites fixées par la réglementation.

ARTICLE 19 : OPTAM - OPTAM CO

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, désignent des contrats mis en place entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'Assurance Maladie afin d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En adhérant à ce dispositif, le professionnel de santé s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, la convention médicale de 2016 permet aux professionnels de santé d'adhérer :

- À l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO (dite OPTAM-CO) pour les chirurgiens et obstétriciens ;
- À l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

Le caractère « responsable » de la couverture a une incidence sur le remboursement des prestations de frais de santé si le professionnel de santé a adhéré, ou non, à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

Ainsi, les adhérents et les ayants droit dont le médecin a adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO) bénéficieront, au titre de leur contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO).

ARTICLE 20 : GARANTIES ÉLIGIBLES À LA PARTICIPATION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET DE LEURS ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Concernant les adhérents relevant de la Fonction publique territoriale, le présent règlement mutualiste propose des garanties éligibles à la participation des Collectivités territoriales ou de leurs établissements publics, conformément au Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

ARTICLE 21 : PRISES EN CHARGE PARTICULIÈRES

Article 21-1 : Prises en charge des médecines complémentaires non prises en charge par le régime obligatoire

Les médecines complémentaires doivent être pratiquées par des professionnels de santé enregistrés sur le répertoire Adeli (système d'information national sur les professionnels de santé), ou sur le RPPS (répertoire partagé des professions de santé), pour être remboursées par la Mutuelle selon la garantie souscrite.

Article 21-2 : Établissements et services spécialisés

Sauf dispositions particulières prévues dans le tableau de garanties, ne sont pas considérés comme des établissements spécialisés, au sens du présent Règlement Mutualiste, et n'ouvrent donc pas droit aux garanties les établissements listés aux articles L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles et L. 174-6 du Code de la Sécurité sociale. Le tableau de garantie précise les conditions et limites de prise en charge pour les établissements couverts par la Mutuelle.

Article 21-3 : Chambre particulière

Le remboursement de la chambre particulière n'est accordé, si la garantie le prévoit, que pour les hospitalisations d'au moins une nuit et dans la limite prévue par ladite garantie.

Article 21-4 : Cures thermales non remboursées par l'Assurance Maladie obligatoire

Si les cures sont justifiées par l'existence d'une pathologie ORL ou par la nécessité de bénéficier de soins de rhumatologie, elles sont prises en charge par la Mutuelle au titre du « forfait cure thermique » sous réserve d'un accord spécifique entre la Mutuelle et l'établissement thermal concerné.

Article 21-5 : Frais d'accompagnant ou d'accompagnement

Les frais d'accompagnant ou d'accompagnement sont les frais engagés (lit, plateau repas) par une personne accompagnante, dans un établissement de santé ou dans une Maison des parents, dans le cadre de l'hospitalisation de l'adhérent ou d'un ayant droit. On entend par Maison des parents, les lieux d'accueil situés dans l'hôpital ou à proximité et permettant l'hébergement des familles des enfants malades.

Ces frais sont remboursés sur présentation du certificat d'hospitalisation et d'une facture acquittée de l'établissement de santé ou de la Maison des parents au nom du bénéficiaire hospitalisé (adhérent ou ayant droit) et dans la limite prévue par la garantie.

Article 21-6 : Soins à l'étranger

Les frais de soins de santé engagés en dehors de France seront pris en charge par la Mutuelle sur la base des garanties prévues par la couverture souscrite, sous réserve de la prise en charge préalable par l'Assurance Maladie Obligatoire à laquelle les bénéficiaires sont affiliés.

Les soins engagés à l'étranger, n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

ARTICLE 22 : GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Article 22-1 : Allocation nuptialité

Lorsque la garantie le prévoit, une allocation nuptialité est versée à l'adhérent ou à ses ayants droit en cas de mariage.

Seuls les mariages reconnus par l'Etat français et enregistrés à ce titre sur les registres d'état civil français peuvent déclencher le versement de l'allocation. Une copie du certificat de mariage devra être fournie à la Mutuelle.

Ladite allocation est non cumulable. Ainsi, en cas de mariage entre les bénéficiaires d'une même couverture, une seule allocation sera versée pour un même événement.

Article 22-2 : Allocation natalité

Lorsque la garantie le prévoit, une allocation natalité est versée en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant mineur par l'adhérent ou par ses ayants droit. Une copie du certificat de naissance, ou le cas échéant d'adoption, devra être fournie à la Mutuelle.

Une seule allocation est versée par naissance ou adoption, à l'exception des naissances multiples ou de plusieurs adoptions simultanées.

Lorsque les deux parents bénéficient d'une unique et même couverture, le premier en tant qu'adhérent et le second en tant qu'ayant droit, une seule allocation sera versée.

Article 22-3 : Frais d'obsèques

Lorsque la garantie le prévoit, une allocation obsèques est versée en cas de décès de l'adhérent ou de ses ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion, à la personne ayant supporté les frais d'obsèques sur présentation de la facture acquittée.

L'adhérent, ainsi que ses proches conservent le libre choix du prestataire chargé de l'organisation des funérailles.

L'allocation est limitée aux frais réels.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que l'allocation versée est susceptible de ne pas couvrir l'ensemble des frais d'obsèques engagés. Les cotisations versées au titre de cette garantie sont susceptibles d'être supérieures au montant de l'allocation frais d'obsèques garanti, il ne s'agit pas d'un produit de placement. La cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice de la prestation sans possibilité de rachat ni de réduction, la garantie étant à fonds perdus.

Article 22-4 : Garantie en inclusion

Conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut permettre à ses adhérents de bénéficier de garanties supplémentaires en inclusion, en complément de ses garanties frais de santé.

Des documents contractuels distincts (notices d'information notamment) seront remis à l'adhérent et définiront la nature des prestations fournies, ainsi que les conditions d'attribution de ces garanties.

ARTICLE 23 : RISQUES EN COURS AU MOMENT DE L'ADHÉSION

Les prestations en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation ne sont dues, que si les soins sont postérieurs à la date d'effet de l'adhésion.

Aucune prestation ne sera versée dans le cadre d'une hospitalisation si la date du début de séjour est antérieure à la date d'effet de l'adhésion.

ARTICLE 24 : TERRITORIALITÉ

Les prestations sont dues dans le monde entier sous réserve de l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire Française ou Monégasque et sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.

ARTICLE 25 : CESSATION DES GARANTIES

La garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation de l'adhésion, ou de radiation des ayants droits. Ainsi, la carte mutualiste doit être remise à la Mutuelle, et en tout état de cause ne plus être utilisée par son ancien titulaire.

La cessation des garanties pour l'adhérent entraîne la cessation des garanties pour les ayants droit.

Résiliation de l'adhérent :

En cas de résiliation de l'adhérent, les garanties cessent :

- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle la radiation est demandée par l'envoi d'une lettre, de tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, sous réserve que la demande parvienne à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre ;
- Un mois après réception par la Mutuelle de la demande de radiation, formulée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, sous réserve que la demande de radiation soit formulée après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion ;

- Au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle a reçu la demande de l'adhérent en cas de résiliation anticipée prévue à l'article « Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayants droit ».

Radiation d'un ayant droit :

En cas de radiation des ayants droit de l'adhérent, les garanties cessent pour les ayants droit :

- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle la radiation est demandée par l'envoi d'une lettre, de tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, sous réserve que la demande parvienne à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre ;
- Un mois après réception par la Mutuelle de la notification de radiation par l'adhérent, demandée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, sous réserve que la demande de radiation soit formulée après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion ;
- Au dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire de la garantie ne répond plus à la définition de l'ayant droit, ou au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle a reçu la demande de radiation anticipée prévue à l'article « Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayants droit ».

TITRE 4. PRESTATIONS

ARTICLE 26 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant au produit souscrit, dans un délai maximum d'un mois, dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste. Ce délai s'entend hors délais bancaires.

Les remboursements sont effectués par virement sur le compte bancaire indiqué par l'adhérent, domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA.

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire) est celle portée sur le document émis par l'Assurance Maladie Obligatoire intervenant pour sa part.

Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

ARTICLE 27 : TÉLÉTRANSMISSION

Sauf refus de l'adhérent, les remboursements de la Mutuelle sont effectués selon les informations transmises par l'Assurance Maladie Obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques NOEMIE.

Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire.

À défaut d'application du procédé NOEMIE, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'Assurance Maladie Obligatoire.

ARTICLE 28 : TIERS PAYANT

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels ou aux établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant.

Dans ce cadre, dans le mois suivant l'affiliation, l'adhérent recevra une carte mutualiste attestant de son affiliation à la Mutuelle. Cette carte est également valable pour les ayants droit, lorsqu'ils bénéficient

de la garantie. Les cartes sont délivrées annuellement et sont renouvelées automatiquement.

Le tiers payant est effectué, pour les prestations suivantes :

- Radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste remise par la Mutuelle à ses adhérents,
- Hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste.

L'usage frauduleux s'entend notamment de l'utilisation par l'adhérent de la carte mutualiste alors qu'il n'est plus bénéficiaire des garanties, ou que ses garanties ont été suspendues suite au non paiement de ces cotisations, ou de toute autre personne agissant en connaissance de cause, dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle.

En tout état de cause, en cas de modification ou de cessation des garanties, l'adhérent doit cesser d'utiliser la carte mutualiste.

ARTICLE 29 : PLAFOND DE REMBOURSEMENT

Caractère indemnitaire

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais réels restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit. Il en est de même pour les frais d'obsèques dès lors qu'ils sont prévus.

L'adhérent s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations à percevoir ou bien perçues au cours des douze derniers mois.

En cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, l'adhérent s'engage à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

Prestations indues

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

Pluralité d'assureurs pour un même risque

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

L'adhérent qui bénéficie pour le même risque d'une garantie auprès d'un autre organisme assureur, doit en informer la Mutuelle.

L'adhérent s'engage à fournir les originaux des décomptes de prestations payées par l'Assurance Maladie Obligatoire ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des autres

organismes assureurs ayant pris en charge le remboursement des soins de santé en premier lieu, pour obtenir le remboursement intégral des prestations, dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 30 : PIÈCES À FOURNIR / DÉLAIS DE TRANSMISSION

Article 30-1 : Pièces à fournir à l'adhésion

À l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, il s'agit notamment d'un document d'identité, l'attestation de carte vitale, le relevé d'identité bancaire, et le cas échéant le mandat de prélèvement SEPA en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire.

À défaut, l'adhésion ne pourra pas prendre effet. De même, il pourra être demandé toute pièce pouvant justifier de la qualité d'ayant droit lors de son adhésion tel que le certificat de mariage, la convention de PACS ou l'attestation de Sécurité sociale.

Article 30-2 : Pièces à fournir pour le versement des prestations

Sauf si l'adhérent le refuse, les remboursements de la Mutuelle sont effectués au vu des informations transmises par l'Assurance Maladie Obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques NOEMIE, lorsque votre caisse d'Assurance Maladie le permet. Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire.

À défaut, d'application du procédé NOEMIE, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'Assurance Maladie Obligatoire et des factures acquittées.

Les documents justificatifs doivent être adressés à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans, courant à partir de la date d'émission du décompte ou de la facture. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement.

En cas de réalisation du sinistre, et selon la prestation, les pièces justificatives à fournir sont notamment les suivantes :

- L'original, ou la version dématérialisée, de la facture nominative portant la mention « acquittée », et avec le cachet et la signature du professionnel de santé,
- La prescription médicale,
- L'original, ou la version dématérialisée, du décompte du régime obligatoire,
- L'original, ou la version dématérialisée, du décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire,
- L'attestation de mariage,
- L'acte de naissance ou d'adoption,
- Le certificat de décès,
- La facture de frais d'obsèques.

Article 30-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Les pièces justificatives pourront être adressées sous format dématérialisé en vous connectant à votre espace adhérent sur notre site www.solimut-mutuelle.fr ou sur notre application mobile gratuite : **Ma Mutuelle et Moi**.

ARTICLE 31 : CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par son médecin conseil ou tout

autre professionnel de santé, en cas de dépenses anormalement élevées ou répétées, ou encore en cas de suspicion de fraude. De même, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

En cas de contestation d'ordre médical, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et l'adhérent.

En cas de fraude avérée, l'adhérent supportera la totalité des honoraires du tiers expert.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et l'adhérent.

TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES

ARTICLE 32 : FONDS SOCIAL / FONDS DE SECOURS

La Mutuelle dispose d'un fonds social propre, également appelé fonds de secours et géré par une commission de secours, ayant pour objet, après épuisement de tout autre recours, et dans la limite d'un cadre budgétaire déterminé annuellement par l'Assemblée Générale de la Mutuelle :

- De venir en aide aux adhérents - ou à leurs ayants droit - dont les besoins ne sont pas ou peu couverts par les garanties du présent règlement mutualiste ;
- D'intervenir pour aider certains adhérents à accéder aux soins de manière ponctuelle et exceptionnelle.

La commission de secours étudie les demandes émises par tout adhérent en situation de difficulté et/ou de précarité. Elle se base sur les revenus et les charges de l'adhérent ainsi que sur le reste à charge des soins faisant l'objet de la demande. Les aides attribuées concerneront uniquement les dépenses liées aux frais de santé. Le fonds social fait l'objet d'un Règlement approuvé par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

ARTICLE 33 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables du sinistre ayant entraîné le versement par la Mutuelle des prestations au titre des remboursements de soins de santé.

À cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle,

ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuel intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

ARTICLE 34 : FAUSSE DÉCLARATION (INTENTIONNELLE ET NON INTENTIONNELLE)

Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leurs sont reprochées, et invités à fournir des explications. En fonction des informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite. 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 nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 35 : RÉCLAMATION

Solimut Mutuelle de France met à la disposition de ses Adhérents et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Réclamations - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Ou à l'adresse email suivante :

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit, cependant en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

ARTICLE 36 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle conformément à l'article « Réclamation », ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation. Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

■ Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

■ Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 37 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- **En cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- **La reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **La demande en justice (même en référé) ;**
- **Un acte d'exécution forcée.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les

personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 38 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du règlement mutualiste, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et coassureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- Soit par mail à dpo.smf@solimut.fr

■ Soit par courrier à DPO - Solimut Mutuelle de France, Castel Office - 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille
Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.
Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle.
L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 39 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de la relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société WORLDLINE, Service Bloctel, 1 place des Degrés, 92800 Puteaux, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.
L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 40 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ses obligations par la Mutuelle.
Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droits, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique) ;
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2 du Code monétaire et financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a

un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

En cas de refus ou d'opposition de l'Adhérent du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

ARTICLE 41 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

TITRE 6. CONTRAT DE SORTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Le présent titre s'applique aux contrats de sortie du dispositif de Complémentaire Santé Solidaire prévus à l'article L. 861-12 du Code de la Sécurité sociale. Ces dispositions s'appliquent par priorité aux dispositions des titres 1 à 5 du présent Règlement Mutualiste. À défaut de dispositions spécifiques prévues au présent titre, les dispositions des titres 1 à 5 s'appliquent.

ARTICLE 42 : POPULATION ASSURÉE AU TITRE DU CONTRAT DE SORTIE

Sont assurés au titre du contrat de sortie, les adhérents dont les droits à la Complémentaire Santé Solidaire ne sont pas renouvelés, ayant signé un bulletin d'adhésion, et étant affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire telle que définie à l'article « Définition ».

Peuvent également bénéficier de la garantie les ayants droit de l'adhérent dès lors qu'ils remplissent les conditions fixées par l'article R 861-2 Code de la sécurité sociale et rappelées ci-dessous. Toutes évolutions des conditions prévues par la réglementation s'appliqueront à l'adhérent.

■ Conjoint

On entend par conjoint la personne mariée civilement à l'adhérent et non séparée de corps judiciairement. Est assimilé au conjoint :

■ Soit le « concubin », le concubinage notoire étant justifié par une attestation sur l'honneur de vie commune. Est considéré comme étant concubin notoire, la personne vivant avec l'adhérent, sous condition d'être tous deux libres de tout lien matrimonial et pouvant apporter la preuve que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente depuis un an au moins avant la date de l'évènement mettant en jeu la garantie. Ce délai est abrogé en cas de naissance d'un enfant commun aux deux concubins au cours de cette période.

■ Soit le « partenaire lié par un PACS », c'est-à-dire le partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.) lorsqu'ils sont soumis à une imposition commune.

■ Personnes à charge

Sont considérés comme personnes à charge, si elles sont à la charge réelle et continue de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité :

■ Les enfants et les autres personnes, âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande, rattachés au foyer fiscal de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

■ Les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité âgés de moins de vingt-cinq ans à la date de la demande d'adhésion, vivant sous le même toit que l'adhérent et ayant établi une déclaration au titre de l'impôt sur le revenu en leur nom propre ;

■ Les enfants majeurs de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité âgés de moins de vingt-cinq ans à la date de la demande d'adhésion et qui reçoivent une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale prévue à l'article 80 septies du code général des impôts, et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

Les enfants mineurs en résidence alternée au domicile de chacun de leurs parents en application de l'article 373-2-9 du code civil sont considérés à la charge réelle et continue de leurs deux parents ou à la charge réelle et continue de l'un d'entre eux en fonction de leur rattachement fiscal au titre des dispositions du quatrième alinéa du I de l'article 194 du code général des impôts.

L'adhérent peut affilier des ayants droit en cours de couverture même s'ils n'étaient pas couverts au titre de la couverture santé solidaire, dès lors qu'ils respectent ces définitions. Un bulletin d'adhésion modificatif devra être complété. En contrepartie une majoration de cotisation sera due dans les conditions fixées par l'article « Montant des cotisations du contrat de sortie ».

ARTICLE 43 : PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT DE SORTIE

Article 43-1 : Prise d'effet du contrat de sortie

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour qui suit la cessation des droits à la Complémentaire Santé Solidaire. La date d'adhésion des ayants droits est déterminée selon la même règle sauf mentions contraires indiquées dans l'article « Affiliation des ayants droit ».

En tout état de cause, la prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à la réception de l'intégralité des pièces nécessaires à l'adhésion, telles que définies à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission ». La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du règlement mutualiste.

L'adhésion ou la réadhésion à la Mutuelle peut être subordonnée à un droit d'adhésion dont le montant est fixé à l'article « Droits d'adhésion » des statuts de la Mutuelle.

Article 43-2 : Durée et renouvellement du contrat de sortie

Le contrat de sortie est souscrit pour une période d'un an. La couverture ne peut être renouvelée.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification :

- De sa situation administrative concernant son régime obligatoire ;
- De sa situation familiale en cas d'affiliation des ayants droit.

La Mutuelle pourra exiger un justificatif afin de prendre en compte ces modifications.

Article 43-3 : Résiliation de l'adhésion au contrat de sortie

En complément des dispositions prévues à l'article 4-6 du présent règlement mutualiste, la résiliation peut également être demandée par l'adhérent s'il adhère à un contrat collectif obligatoire frais de santé.

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent l'évènement, et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

ARTICLE 44 : MONTANT DES COTISATIONS DU CONTRAT DE SORTIE

Le montant des cotisations est établi conformément à la réglementation en vigueur fixant les montants maximaux des tarifs des contrats proposés aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé arrive à expiration.

Le montant des cotisations peut donc évoluer au cours de l'adhésion conformément à la réglementation en vigueur.

Concernant les ayants droits affiliés en cours de couverture, la majoration de cotisation respectera les mêmes conditions que celles fixées par la réglementation en vigueur. Aucune gratuité de cotisation n'est prévue.

Le montant des cotisations est rappelé à titre indicatif sur le bulletin d'adhésion de l'adhérent. Le montant indiqué est celui en vigueur à la date de signature du bulletin d'adhésion. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste sont inclus dans la cotisation. Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion. Tout changement de taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

ARTICLE 45 : CESSATION DES GARANTIES PRÉVUES AU CONTRAT DE SORTIE

Les garanties cessent lorsque les droits au bénéfice du contrat de sortie du dispositif de complémentaire santé solidaire cessent conformément à l'article L861-12 du code de la sécurité sociale.

En cas de résiliation anticipée de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article « Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayants droit. », les garanties cessent au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle a reçu la demande de résiliation de l'adhérent.

La cessation des garanties pour l'adhérent entraîne la cessation des garanties pour les ayants droit. Les garanties cessent pour les ayants droit au dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire de la garantie ne répond plus à la définition d'ayant droit. En cas de radiation anticipée d'un ayant droit par l'adhérent dans les conditions prévues à l'article « Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit. », les garanties cessent au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle a reçu la demande de radiation anticipée.

La carte mutualiste doit être remise à la Mutuelle, et en tout état de cause ne plus être utilisée par son ancien titulaire.

Nous contacter



▶ Par notre réseau d'agences :

Des conseillers disponibles et expérimentés à votre disposition dans nos **60 agences réparties sur 8 régions** (coordonnées de nos agences sur notre site internet www.solimut-mutuelle.fr)



▶ Par internet :

en vous connectant à votre espace adhérent sur notre site : www.solimut-mutuelle.fr Ou sur votre smartphone depuis l'application gratuite : **Ma Mutuelle et Moi**



▶ Par téléphone :

En appelant le 09.69.393.393 - Accueil téléphonique du lundi au vendredi



▶ Par Courrier :

Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents : TSA 11346 - 13235 Marseille Cedex 02

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE PRÉVOIR

Approuvé par le Conseil d'Administration du 19 octobre 2022

CERTIFIÉ CONFORME
La Présidente
Carole HAZÉ

A handwritten signature in black ink, enclosed within a hand-drawn oval shape.

Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS **SOLIDAIRES**

TABLE DES MATIÈRES

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	35
Article 1 : Cadre réglementaire/ raison sociale de la Mutuelle	35
Article 2 : Objet de la garantie	35
Article 3 : Conditions d'adhésion	35
Article 4 : Formalités d'adhésion	36
Article 5 : Population assurée	36
Article 6 : Prise d'effet de la garantie	37
Article 7 : Renouvellement, modification, suspension et résiliation de l'adhésion	37
Article 7-1 : Renouvellement	37
Article 7-2 : Modification de garantie	37
Article 7-3 : Suspension des garanties	38
Article 7-4 : Résiliation	38
Article 8 : Droit de Renonciation	38
Article 8-1 : Vente à distance	38
Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance	38
Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile	38
Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine	39
Article 9 : Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle	39
TITRE 2. COTISATIONS	39
Article 10 : Montant des cotisations	39
Article 11 : Détermination des cotisations	39
Article 12 : Modalité de paiement des cotisations	40
Article 13 : Révision des cotisations	40
Article 14 : Remboursement des cotisations	40
Article 15 : Incident de paiement	40
Article 16 : Défaut de paiement	40
TITRE 3. GARANTIES	40
Article 17 : Définitions des garanties	40
Article 18 : Garantie en inclusion	43
Article 19 : Territorialité	43

Article 20 : Risques exclus	43
Article 20-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties	43
Article 20-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties	43
Article 21 : Impact de la modification du Règlement Mutualiste sur les risques en cours	44
Article 22 : Cessation des garanties	44
TITRE 4. PRESTATIONS	44
Article 23 : Montant des prestations	44
Article 24 : Règlement des prestations	44
Article 25 : Principe indemnitaire	45
Article 26 : Pièces à fournir / délais de transmission	45
Article 26-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion	45
Article 26-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations	45
Article 26-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives	46
Article 27 : Cessation du versement des prestations	46
Article 28 : Prestations indues	47
Article 29 : Contrôle médical	47
TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES	47
Article 30 : Fonds social mutualiste/ Fonds de secours	47
Article 31 : Subrogation	47
Article 32 : Fausse déclaration	48
Article 32-1 : Fausse déclaration intentionnelle	48
Article 32-2 : Fausse déclaration non intentionnelle	48
Article 33 : Réclamation	48
Article 34 : Médiation	48
Article 35 : Prescription	48
Article 36 : Protection des données personnelles	49
Article 37 : Opposition au démarchage téléphonique	49
Article 38 : Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	49
Article 39 : Autorité de contrôle	50
Article 40 : Participation aux excédents	50

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement mutualiste prévoyance est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé "l'adhérent", et d'autre part Solimut Mutuelle de France, ci-après dénommée "la Mutuelle", dont le siège social se situe au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. La loi applicable au présent règlement mutualiste est la loi française.

Solimut Mutuelle de France est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 383 143 617 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

Le présent règlement mutualiste a pour objet le versement de prestations prévoyance en fonction de la garantie souscrite.

La garantie Prévoir Salariés a pour objet de garantir aux salariés ayant adhéré, le versement en cas d'accident ou de maladie :

- D'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- D'une rente en cas d'incapacité permanente ou d'une pension en cas d'invalidité (si l'option est souscrite : le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation).

La garantie Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité a pour objet de garantir aux salariés ayant adhéré, le versement :

- D'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- D'un capital en cas de décès de l'adhérent ;
- D'un capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

La garantie Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit a pour objet de garantir le versement :

- D'une allocation journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, une maladie ou une maternité.

La garantie Prévoir Maladies Redoutées a pour objet de garantir le versement :

- D'un capital en cas de diagnostic d'une maladie redoutée.

La garantie Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques a pour objet de garantir le versement :

- D'une Allocation Obsèques permettant le remboursement de tout ou partie des frais d'obsèques dans la limite du capital souscrit.
- À ce socle obligatoire de base peut être ajoutée une option revalorisation (si l'option est souscrite : le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation).

La garantie Prévoir Accidents/Galaxie a pour objet de garantir le versement :

- D'une allocation journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident de la circulation ;
- D'une allocation journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident ne pouvant pas être qualifié d'accident de la circulation ;
- D'un capital en cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle et supérieure à 10% (si l'option est souscrite : le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation) ;
- D'un capital en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident de la circulation ;

- D'un capital en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident ne pouvant pas être qualifié d'accident de la circulation.

La garantie Prévoir Décès a pour objet de garantir le versement :

- D'un capital en cas de décès de l'adhérent ;
- D'un capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Le versement des prestations est subordonné au respect des éventuelles conditions mentionnées dans le tableau de garantie concerné.

Les garanties non souscrites par l'adhérent ne sont pas dues par la Mutuelle. Seules les garanties référencées au sein du tableau de garantie annexé au présent règlement, et correspondant à la garantie souscrite par l'adhérent sont opposables à la Mutuelle. Le nom de la garantie souscrite et les éventuelles options supplémentaires souscrites sont indiqués sur le bulletin d'adhésion de l'adhérent.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne souhaitant devenir membre de la Mutuelle, et étant âgée de plus de seize ans. Le cumul d'adhésion à une même garantie n'est pas admis par la Mutuelle.

À titre dérogatoire, des dispositions spécifiques s'appliquent à certaines garanties :

> **Concernant les garanties Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité, Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques, Prévoir Accidents/Galaxie et Prévoir Décès** : Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste afin de bénéficier des prestations décès et obsèques prévues par ces garanties, toute personne âgée de plus de dix-huit ans.

> **Concernant les garanties Prévoir Salariés et Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité** : Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, les personnes âgées de moins de 60 ans et qui exercent de manière normale et effective une activité salariée. Ne peuvent adhérer à la présente couverture :
■ Les personnes en arrêt de travail au moment de la souscription et de la prise d'effet de la couverture,
■ Les personnes à temps partiel thérapeutique.

> **Concernant la garantie Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit** : Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, les personnes âgées de moins de 65 ans.

> **Concernant la garantie Prévoir Maladies Redoutées** : Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, les personnes âgées de moins de 66 ans.

> **Concernant la garantie Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques** : Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, les personnes âgées de moins de 85 ans. Le cumul d'adhésion à cette garantie est possible, toutefois, le cumul du montant des allocations Obsèques est plafonné à 8000 euros (€). À partir de 71 ans, le plafond à l'adhésion est réduit à 3600 euros (€) en cas d'adhésion simultanée. En tout état de cause le cumul des allocations obsèques souscrites est plafonné à 8000 euros (€). En cas d'adhésion en couple mentionnée sur le bulletin d'adhésion, l'âge retenu dans le cadre des limites d'âge correspond à l'année de naissance de l'assuré le plus âgé.

> **Concernant la garantie Prévoir Décès** : Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, les personnes âgées de moins de 60 ans. Le cumul d'adhésion à cette garantie est possible, toutefois, le cumul du montant des capitaux décès sera plafonné à 150 000 euros (€).

> **Concernant la garantie Prévoir Accidents/Galaxie :** Concernant les risques portant sur l'hospitalisation et le décès, peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, les personnes âgées de moins de 85 ans. Concernant le risque incapacité physique permanente, peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, les personnes âgées de moins de 65 ans.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent.

ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est formalisée par la signature du bulletin d'adhésion, ainsi que par la remise de toutes les pièces nécessaires à l'adhésion conformément à l'article "Pièces à fournir / délais de transmission".

Pour adhérer à certaines garanties, des formalités d'adhésion spécifiques sont nécessaires :

> **Concernant les garanties Prévoir Décès, Prévoir Maladies Redoutées et Prévoir Salariés :**

Le questionnaire médical est une formalité d'adhésion obligatoire pour toute adhésion à ces garanties. À ce titre, l'adhérent doit remplir un questionnaire médical pour formaliser son adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent entraîne la nullité de l'adhésion.

L'adhésion sera considérée comme nulle et non avenue si le bulletin d'adhésion n'est pas retourné signé dans les 30 jours calendaires, à compter de sa date d'envoi par courrier par la Mutuelle, le cachet de la Poste faisant foi.

Concernant la garantie Prévoir Décès :

- L'adhérent doit remplir un questionnaire médical simplifié s'il est âgé de moins de 44 ans et pour toute adhésion à une garantie dont le capital souscrit est inférieur à 80 000 euros (€). En fonction des réponses apportées au questionnaire, la Mutuelle peut demander à l'adhérent de remplir un questionnaire médical non simplifié, afin de formaliser sa demande d'adhésion.

- L'adhérent doit remplir un questionnaire médical non simplifié s'il est âgé de plus de 45 ans ou pour toute adhésion à une garantie dont le capital souscrit est supérieur ou égal à 80 000 euros (€).

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent.

Concernant les garanties Prévoir Salariés et Prévoir Maladies Redoutées, l'adhérent doit remplir un questionnaire médical non simplifié.

En tout état de cause, l'adhérent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le ou les questionnaires médicaux remis par la Mutuelle, puis le ou les retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. Le médecin conseil pourra alors :

- Accepter l'adhésion sans réserve,
- Émettre des réserves médicales,
- Refuser l'adhésion.

La Mutuelle s'engage à envoyer la réponse du médecin conseil à l'adhérent dans un délai raisonnable.

En cas d'acceptation avec réserves médicales, un avenant de réserve médicale est adressé à l'adhérent afin de tenir compte des réserves émises par le médecin conseil de la Mutuelle. L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la décision du médecin conseil pour accepter l'adhésion. À défaut, l'adhésion sera considérée comme nulle et non avenue. Par conséquent, l'adhérent devra remplir un nouveau questionnaire médical s'il souhaite réitérer sa demande d'adhésion.

> **Concernant la garantie Prévoir Salariés et Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité :**
Les personnes en arrêt de travail au moment de la demande d'adhésion ne peuvent pas adhérer à ces deux garanties.

> **Concernant la garantie Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques :**

En cours d'adhésion, si l'adhérent souhaite souscrire l'option revalorisation, il doit souscrire une adhésion supplémentaire. L'option revalorisation s'appliquera uniquement sur ce nouveau capital, et la cotisation correspondante sera calculée en fonction de l'âge de l'adhérent au jour de la prise d'effet de cette nouvelle adhésion.

ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE

Seul l'adhérent est assuré au titre du présent règlement mutualiste. L'adhérent doit résider en France ou dans un pays frontalier.

Le cas échéant, l'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion.

À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse mail ou postale. À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

À titre dérogatoire, **concernant les garanties Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit et Prévoir Accidents/Galaxie**, en complément de l'adhésion individuelle de l'adhérent, peut adhérer :

- Le conjoint de l'adhérent ;
- Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint.

Par conjoint, il faut entendre la personne mariée civilement à l'adhérent et non séparée de corps judiciairement. Est assimilé au conjoint :

- Soit le partenaire lié par un PACS, c'est-à-dire le partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.).
- Soit le concubin notoire de l'adhérent, le concubinage notoire étant justifié par une attestation sur l'honneur de vie commune au même domicile depuis plus d'un an.

Par enfant, il faut entendre les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, jusqu'à leurs 18 ans s'ils sont en apprentissage, ou jusqu'à leurs 20 ans s'ils poursuivent leurs études.

La Mutuelle peut demander tout justificatif permettant d'attester la qualité de conjoint ou d'enfant au sens du présent Règlement Mutualiste.

Les enfants ne peuvent pas adhérer à l'option incapacité physique permanente.

En tout état de cause, l'adhésion d'un conjoint ou d'un enfant est soumise aux mêmes conditions que celles de l'adhérent, à savoir, au respect des conditions d'adhésion prévues aux articles "Conditions d'adhésion" et "Formalités d'adhésion" du présent Règlement Mutualiste.

À titre dérogatoire, **concernant la garantie Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques**, en complément de l'adhésion individuelle de l'adhérent, peut adhérer le conjoint de l'adhérent. La qualité de conjoint est définie de manière identique que pour les garanties Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit et Prévoir Accidents/Galaxie. En cas de résiliation de l'adhérent principal, l'ancien ayant droit décidant d'adhérer sans discontinuité d'assurance pourra du fait de son ancienneté conserver le taux de cotisation applicable à la tranche d'âge correspondant à sa précédente affiliation, et ne sera pas assujéti aux limites d'adhésion, ainsi qu'au délai de

stage prévu au sein du règlement mutualiste. La demande d'adhésion doit se faire dans les 3 mois suivant la résiliation de l'adhérent principal. De plus, il est nécessaire de conserver le même niveau de garantie, ainsi que les mêmes options. Toutes demandes de modifications ultérieures à l'adhésion de l'ancien ayant droit ne bénéficieront plus des règles dérogatoires de faveur précédemment énoncées.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La prise d'effet de la garantie est subordonnée à la fourniture de l'ensemble des pièces nécessaires à l'adhésion telles que définies dans l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du bulletin d'adhésion, pour l'envoyer à la Mutuelle.

Concernant les adhésions sans formalités médicales, et les adhésions à distance, l'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion. En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, la prise d'effet de l'adhésion est fixée au lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.

Concernant les adhésions avec formalités médicales, la date de la prise d'effet de la garantie est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'acceptation (avec ou sans réserve) du médecin conseil ou de la Mutuelle. Le cachet de la poste fait foi.

Dans le cas où l'adhérent souhaiterait une date d'adhésion ultérieure, la date de la prise d'effet de la garantie interviendra au plus tard le 1^{er} jour du 3^{ème} mois entre l'envoi du questionnaire de santé et la date de l'acceptation de l'adhésion.

La date de prise d'effet du versement des prestations est en principe la même que la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas :

- **De délai de stage** : il s'agit de la période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, ou s'applique de manière limitée, bien que l'adhérent cotise. Sous réserve de l'encaissement effectif des premières cotisations par la Mutuelle, la date d'effet de l'adhésion est le point de départ pour le calcul du délai de stage. **Les éventuels délais de stage sont mentionnés dans le tableau de garantie.**
- **De délai de franchise** : il s'agit de la période suivant la date du sinistre pendant laquelle la prestation n'est pas encore due par la Mutuelle. Pour autant les cotisations doivent être payées pour ouvrir droit aux prestations dues après le délai de franchise. Le délai de franchise est constitué de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail. **Le délai de franchise retenu par l'adhérent est mentionné dans le bulletin d'adhésion.**

ARTICLE 7 : RENOUVELLEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Article 7-1 : Renouvellement

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période civile prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. Le règlement mutualiste se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification :

- De sa situation administrative concernant son régime obligatoire ;

- De sa situation familiale en cas d'affiliation des ayants droit.

Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

Article 7-2 : Modification de garantie

L'adhérent peut demander une modification du niveau de garantie de la couverture souscrite à tout moment. La modification prendra effet le premier jour du mois suivant la réception des pièces justificatives nécessaires. Si aucune pièce justificative n'est nécessaire, la modification prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande.

En cas de demande de modification de garantie par courrier, le cachet de la poste fera foi pour déterminer la date de la demande.

Les présentes règles encadrant les modifications de garantie ne font pas obstacles aux dispositions du règlement mutualiste portant sur la résiliation de l'adhésion.

Par dérogation, des règles spécifiques s'appliquent pour certaines garanties :

> Concernant les garanties Prévoir Salariés, Prévoir Maladies Redoutées et Prévoir Décès :

La demande de modification doit être adressée à la Mutuelle, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'exercice en cours.

Si l'adhérent souhaite modifier sa garantie à la hausse, il doit remplir les conditions suivantes :

- Remplir un questionnaire médical ;
- Être adhérent au présent Règlement Mutualiste pendant une période d'au moins 12 mois consécutifs ;
- Ne pas être en arrêt de travail au moment de la demande.
- Ne pas avoir atteint l'âge limite d'adhésion au moment de la demande (pour rappel, l'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent).

En cas de modification de garantie à la baisse, l'adhérent n'aura pas à remplir de questionnaire médical.

La modification prend effet au 1^{er} janvier suivant ou au jour de l'acceptation de la Mutuelle si celle-ci est postérieure à cette date, sous réserve du paiement de la cotisation. La décision de la Mutuelle est adressée à l'adhérent par courrier recommandé avec accusé de réception. En cas de refus par la Mutuelle, l'adhérent conservera sa garantie initiale.

> Concernant les garanties Prévoir Décès, Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit, Prévoir Maladies Redoutées, Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques, Prévoir Salariés

En cas de modification de la garantie à la hausse, le même délai de stage et la même limite d'âge prévus pour l'adhésion s'appliquent. Toutefois, le délai de stage s'applique uniquement sur la partie de la garantie modifiée à la hausse. Ainsi, lorsqu'un sinistre se réalise pendant la période de stage, la Mutuelle verse les garanties prévues antérieurement à la modification de garantie dans la limite du crédit d'indemnisation.

Si les délais de stage dépendent de l'âge de l'adhérent, l'âge pris en compte est celui au moment de la demande de modification. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent.

L'adhérent devra renvoyer la demande de modification à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Article 7-3 : Suspension des garanties

L'adhésion aux garanties **Prévoir Salariés et Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité** est suspendue :

- Si l'adhérent n'exerce aucune activité professionnelle salariée. L'adhérent devra envoyer à la Mutuelle une attestation émise par le régime d'assurance chômage.
- Si l'adhérent est en congé sabbatique. L'adhérent devra envoyer à la mutuelle une attestation sur l'honneur attestant de ladite situation.

Article 7-4 : Résiliation

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, la demande de résiliation doit être adressée avant le 31 octobre de l'année cours. Si la demande est adressée par courrier, le cachet de la poste fait foi. La résiliation de l'adhésion prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande. Votre couverture perdura donc jusqu'au 31 décembre inclus.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de l'article L221-17 du Code de la mutualité et de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

En cas de décès de l'adhérent, la résiliation prend effet le lendemain du jour du décès. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage, dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste, à rembourser aux personnes concernées la partie de la cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « Remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION

Article 8-1 : Vente à distance

Est qualifiée de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

En pratique, il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut manifester son opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle transmet à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, l'adhérent a le droit de demander de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, l'adhérent a le droit de changer les

techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification ; ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- > Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- > Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature.

■ Les effets du droit de renonciation

Le règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de cette dernière.

Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

■ Modalité d'exercice :

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

> Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

> Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

«Je soussigné (Nom, prénom) ... demeurant (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance n°..... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut Mutuelle de France, et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature».

■ Les effets du droit de renonciation

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine

Conformément à l'article L223-8 du code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à une couverture ayant au moins une garantie qui dépend de la durée de la vie humaine, quel que soit le mode d'adhésion. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification et n'entraîne pas de pénalités. Ce délai commence à courir le jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

Les couvertures concernées sont [Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité](#), [Prévoir Accidents/Galaxie](#), [Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques](#) et [Prévoir Décès](#).

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature.

■ Les effets du droit de renonciation

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'ensemble des garanties défini au présent règlement mutualiste a été fixé compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet. Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique de la garantie de protection sociale complémentaire, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance de l'adhérent. Chaque garantie peut être modifiée à tout moment dans les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle.

TITRE 2. COTISATIONS

ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues par les statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste est inclus dans la cotisation.

Le montant des cotisations est mentionné au bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article « Révision des cotisations » du présent règlement mutualiste.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Les taux de cotisation sont établis notamment en fonction des éléments suivants :

- > **La tranche d'âge** : L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent. Il est entendu qu'au cours de l'adhésion les montants des cotisations peuvent évoluer en fonction de l'âge.
- > **Le niveau de garantie ainsi que les éventuelles options** ;
- > **La composition familiale** : adhésion du conjoint et des enfants tels que définis au présent règlement mutualiste, lorsque la garantie souscrite le permet.

Le montant de la cotisation est calculé à partir de la date d'effet de l'adhésion.

ARTICLE 12 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre. De plus, la cotisation peut être acquittée par chèque annuellement sans fractionnement possible. Si l'adhérent choisit de régler les cotisations par prélèvement automatique bancaire, le compte bancaire devra être domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA.

Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le bulletin d'adhésion. Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros (€).

ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'évolution démographique, les résultats et l'équilibre technique du règlement mutualiste, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

À titre dérogatoire, dans le cadre de la garantie Prévoir Obsèques/Mutualité Obsèques, en cas de souscription de l'option revalorisation, la cotisation sera revalorisée automatiquement à hauteur de 2,5%, chaque année, au 1^{er} janvier.

ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

En cas de résiliation en cours d'année telle que prévue à l'article « Renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion », la part de cotisations correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglé, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants, et dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que le règlement mutualiste n'est pas un produit de placement. Ainsi, il n'existe aucun lien entre le montant de la prestation souscrite et les cotisations versées.

ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure);
- D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de

non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

TITRE 3. GARANTIES

ARTICLE 17 : DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'adhérent bénéficie des garanties et des options indiquées sur son bulletin individuel d'affiliation, pour lesquelles il paye des cotisations.

Les garanties souscrites par l'adhérent sont définies dans le tableau de garantie, annexé au présent règlement mutualiste.

■ Hospitalisation

La garantie a pour objet le versement à l'adhérent d'allocations journalières en cas d'hospitalisation survenant postérieurement à la date d'effet du contrat et à la date de fin de stage, nécessitant un séjour d'au moins 24 heures. **Les hospitalisations à domicile ne sont pas indemnisées au titre de la garantie Hospitalisation.**

■ Incapacité

L'incapacité correspond à l'incapacité physique d'exercer une quelconque activité professionnelle, ayant entraîné l'arrêt de travail de l'adhérent, dont la date initiale est postérieure à la date d'entrée en vigueur des garanties.

■ Invalidité

L'invalidité correspond à l'impossibilité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle, ayant entraînée la notification d'attribution d'une pension d'invalidité par le régime obligatoire, ou d'une rente d'incapacité permanente et dont le taux est reconnu par le médecin conseil de la Mutuelle, dont la date est postérieure à la date d'entrée en vigueur des garanties.

■ Perte Totale et Irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie est définie comme l'infirmité complète, empêchant définitivement l'adhérent de se livrer à quelque activité que ce soit et l'obligeant en outre à recourir pendant toute son existence à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Le versement anticipé du capital prévu en cas d'Invalidité totale et permanente met fin à la garantie Décès.

■ Décès

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de la personne couverte au(x) bénéficiaire(s). **Les cotisations versées au titre des garanties décès sont susceptibles d'être supérieures au montant des prestations (capital ou rente) garanties, il ne s'agit pas d'un**

produit de placement. La cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice de la prestation sans possibilité de rachat ni de réduction, la garantie décès étant à fonds perdus. Pour les mineurs de moins de 12 ans ainsi que pour les personnes sous tutelle, l'allocation ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Désignation de bénéficiaire par défaut :

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'adhérent notifiée à la Mutuelle, ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- Au conjoint marié civilement à l'adhérent et non séparé de corps judiciairement ;
- À défaut au partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.) ;
- À défaut aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, par parts égales entre eux ;
- À défaut aux père et mère de l'adhérent par parts égales entre eux, ou en cas de décès de l'un des deux, au survivant pour la totalité ;
- À défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Clause de désignation particulière : L'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par défaut. Pour ce faire, il devra remplir le formulaire prévu à cet effet.

En outre, la désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous-seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation particulière du (ou des) bénéficiaire(s), l'adhérent est invité à renseigner la qualité (lien de parenté), et les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par la Mutuelle à la suite de son décès afin de verser la prestation.

L'adhérent a la possibilité :

- De répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires en indiquant le pourcentage de répartition ;
- D'établir un rang de priorité parmi les bénéficiaires, en indiquant l'ordre de priorité.

À défaut de répartition et de rang, le capital sera réparti à parts égales entre les bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires, c'est-à-dire s'il décède antérieurement à l'adhérent, le capital est réparti à parts égales aux bénéficiaires du même rang de priorité, ou à défaut au rang suivant de priorité. En cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause de désignation par défaut ci-dessus s'appliquera. Les mêmes règles sont applicables en cas de désignations nulles.

Modification :

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'adhérent peut modifier à tout moment sa désignation de bénéficiaire afin que la désignation effectuée corresponde toujours à ses souhaits au cours de son adhésion.

En effet, les changements d'état civil (divorce, rupture de PACS...) n'annulent pas la désignation de bénéficiaire, lorsque le bénéficiaire est expressément nommé. Cependant la désignation sera nulle en cas de séparation si la désignation était uniquement qualitative et non nominative, si la personne désignée n'avait pas accepté la désignation. Par conséquent, le versement de la prestation sera effectué à la personne désignée d'un rang inférieur. À défaut de personne désignée en rang inférieur, la prestation sera versée selon les règles de désignation par défaut.

Acceptation du bénéficiaire :

La désignation de bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation

peut être faite par avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'adhérent et le bénéficiaire. L'acceptation n'a alors d'effet sur la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Cas particulier de l'adhérent mineur non émancipé :

En cas de décès d'un adhérent mineur non émancipé, le capital est versé aux héritiers. La Mutuelle ne peut pas prendre en compte une désignation particulière de bénéficiaire effectuée par un adhérent mineur.

■ Obsèques

La garantie a pour objet le versement d'une allocation obsèques permettant le remboursement de tout ou partie des frais d'obsèques, dans la limite du capital souscrit en cas de décès de l'adhérent. Ainsi la garantie souscrite peut être insuffisante pour couvrir l'intégralité des frais d'obsèques. L'allocation ne sera versée que sur présentation de la facture de l'organisme de Pompes de Funèbres.

L'adhérent, ainsi que ses proches conservent le libre choix du prestataire chargé de l'organisation des funérailles. **L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que l'allocation versée est susceptible de ne pas couvrir l'ensemble des frais d'obsèques engagés.**

Pour les mineurs de moins de 12 ans ainsi que pour les personnes sous tutelle, l'allocation ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Le versement d'un éventuel reliquat est effectué selon les mêmes règles que pour les garanties décès. Ainsi l'adhérent peut choisir la désignation de bénéficiaire par défaut ou la désignation de bénéficiaire particulière.

La garantie souscrite peut prévoir l'ajout d'une option revalorisation. Cette option permet une revalorisation annuelle de 2,5% du capital choisi, et des cotisations.

Le montant cumulé des cotisations versées pourrait être supérieur au montant du capital garanti, sans qu'aucun remboursement ne soit dû de la part de la Mutuelle.

■ Caractère accidentel

• Accident toutes causes

L'accident toutes causes est défini comme tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement.

Dans tous les cas, ne sont pas considérés comme accident les événements suivants :

- Les infarctus du myocarde ;
- Les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- Les lésions vasculaires cérébraux ;
- Les hydrocutions ;
- Les lombalgies, les lumbagos ;
- Les sciatiques ;
- Les hernies abdominales ;
- Les éventrations ;
- Les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;

• Accident de la circulation

Est considéré comme accident de la circulation :

- Tout événement correspondant à la définition de l'accident toutes causes rappelées ci-dessus
- Et impliquant un véhicule à moteur terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien.

Les véhicules à moteur terrestres correspondent aux véhicules de personnes ou de choses soumis à l'obligation d'assurance automobile.

Les engins de déplacement personnel tels que définis par le décret n° 2019-1082 du 23 octobre 2019 relatif à la réglementation des engins de déplacement personnel sont également considérés comme des véhicules terrestres à moteur par le présent règlement Mutualiste.

Pour information, ledit décret définit les engins de déplacement personnels comme étant un véhicule sans place assise, conçu et construit pour le déplacement d'une seule personne et dépourvu de tout aménagement destiné au transport de marchandises, équipé d'un moteur non thermique ou d'une assistance non thermique et dont la vitesse maximale par construction est supérieure à 6 km/h et ne dépasse pas 25 km/h.

À titre d'exemple, les nouveaux véhicules électriques individuels tels que les trottinettes électriques, les hoverboards, les gyroroues, les gyropodes, les segways sont bien des véhicules terrestres à moteur au titre du présent règlement mutualiste dès lors qu'ils respectent la définition d'engins de déplacement personnel énoncée ci-dessus.

Ne sont pas considérés comme véhicules terrestres :

- Les seules remorques ou les semi-remorques ;
- Les jouets pour enfants, y compris motorisés ;
- Les vélos et trottinettes non motorisés ;
- Les fauteuils roulants, y compris motorisés ;
- Les engins de jardinage.

Les véhicules à moteurs ferroviaires sont composés des véhicules à moteur circulant sur les chemins de fer ainsi que les tramways circulant sur des voies qui leur sont dédiées.

■ Maladie redoutée

Un capital est octroyé en cas de diagnostic d'une maladie redoutée confirmée d'une part par un certificat médical établi par un professionnel médical choisi par l'adhérent, et d'autre part par le médecin conseil de la Mutuelle. La date du diagnostic définitif de la maladie doit être postérieure à la fin du délai de stage.

Aucune prestation ne sera versée si la maladie redoutée a été diagnostiquée antérieurement à la date d'effet de l'adhésion, ou si les premiers symptômes ont eu lieu avant la date d'adhésion, quel qu'en soit le stade ou la gravité.

Ainsi, la prestation ne sera pas due si le diagnostic d'une maladie redoutée prévue par la garantie résulte de consultations médicales ou d'examen qui étaient en cours à la date d'adhésion au présent Règlement Mutualiste.

Les maladies ouvrant droit aux prestations de la couverture Prévoir Maladies Redoutées sont :

1. Le Cancer

Maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive, pour former une masse constitutive d'une tumeur maligne. Seules les tumeurs malignes à partir du stade II de la classification de TNM ou de FIGO ouvrent droit à la garantie Maladies Redoutées, y compris les mélanomes. Les leucémies et les lymphomes Hodgkiniens ou non Hodgkiniens de stade III et IV sont également pris en charge au titre de la garantie Maladie Redoutées.

2. L'Infarctus et les Coronaropathies

Un infarctus du myocarde est défini par la destruction partielle du muscle cardiaque, due à l'obstruction d'une artère qui alimente le coeur. Une coronaropathie est une affection d'une ou de plusieurs des artères qui alimentent le coeur. La garantie Maladies Redoutées ne sera due qu'en cas d'altération de la fonction du ventricule gauche évaluée par une Fraction d'éjection du ventricule gauche inférieur ou égal à 40%.

3. L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) avec lésions permanentes

Obstruction (AVC thrombotique), ou rupture (AVC hémorragique) d'un vaisseau sanguin dans le cerveau. La garantie Maladies redoutées ne sera due qu'en cas de séquelles neurologiques persistantes au-delà de 15 jours.

4. La Transplantation d'un organe vital

La garantie Maladies Redoutées ne sera due qu'en cas de transplantation d'un rein, du coeur, du foie, des poumons, ou de moelle osseuse par hétérogreffe (c'est-à-dire prélevée chez un tiers). Seul l'adhérent receveur du don d'organe pourra bénéficier de la garantie. **L'adhérent donneur d'organe ne sera pas couvert par la garantie.**

5. La Sclérose en plaques

Maladie auto-immune qui affecte le système nerveux central. La garantie Maladies Redoutées ne sera due qu'en cas de Sclérose en plaques avec un score EDSS (Expanded Disability Status Scale) supérieur ou égal à 5.

6. L'Insuffisance rénale chronique terminale

Diminution de la fonction des reins suite à leur destruction. La garantie Maladies Redoutées ne sera due qu'en cas de Débit de Filtration Glomérulaire inférieur à 15ml/mn/1,73m².

7. La Maladie de Parkinson

Maladie neurodégénérative caractérisée par la destruction des neurones à dopamine du cerveau. Sont couverts au titre de la garantie Maladies Redoutées la Maladie de Parkinson avec Syndromes Parkinsoniens tels que la raideur, la lenteur du mouvement et le tremblement au repos.

8. La Maladie d'Alzheimer

Dégénérescence des neurones caractérisée notamment par des troubles de la mémoire récente, des fonctions exécutives et de l'orientation dans le temps et l'espace. Sont couverts au titre de la garantie Maladies Redoutées la Maladie d'Alzheimer ainsi que les syndromes démentiels irréversibles, avec un mini-mental state inférieur ou égal à 20. La démence est un ensemble de symptômes comprenant une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes.

Aucune autre pathologie ne donnera droit aux versements desdites prestations. Le versement d'un capital met fin à l'adhésion. Ainsi, aucun capital ne sera versé si une Maladie Redoutée est de nouveau diagnostiquée à l'adhérent, peu importe qu'il s'agisse ou non d'une pathologie différente. Il en est de même si le deuxième diagnostic est concomitant au premier.

Lorsque la maladie redoutée est la cause du décès de l'adhérent, et que le diagnostic est concomitant ou postérieur au décès, le capital sera versé au notaire en charge de la succession. En tout état de cause, le capital pour maladie redoutée n'est pas un capital décès. De ce fait, la prestation ne bénéficie pas d'avantage fiscal particulier, et ne peut pas faire l'objet d'une désignation de bénéficiaire. Le capital sera réparti entre les héritiers de l'adhérent par le notaire en charge de la succession.

■ Incapacité physique permanente d'origine accidentelle

En cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle et supérieure à 10%, résultant d'un accident toutes causes ou d'un accident de la circulation tel que défini ci-dessus, la Mutuelle verse le capital déterminé proportionnellement au taux d'infirmité fixé par le Médecin conseil de la Mutuelle, conformément au tableau de garantie. Par Incapacité Physique Permanente, il faut entendre une diminution définitive du potentiel physique du bénéficiaire, dont l'état de santé est consolidé.

En tout état de cause, la preuve du lien de causalité entre l'accident et la prestation indemnisable au titre du présent règlement mutualiste incombe à l'adhérent.

ARTICLE 18 : GARANTIE EN INCLUSION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par la présente garantie sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

ARTICLE 19 : TERRITORIALITÉ

Les garanties du présent règlement mutualiste s'appliquent dans le monde entier pour les séjours à l'étranger inférieurs à trois mois. Au sein des pays membres de l'Union européenne, le versement des garanties sera dû, quelle que soit la durée du séjour.

Concernant les garanties incapacité et invalidité, le versement par la Mutuelle des prestations est conditionné au versement de prestations par le régime obligatoire français, y compris lorsque le fait générateur s'est déroulé en dehors du territoire français.

Les prestations sont toujours payées en Euros (€), quel que soit le lieu où s'est réalisé le dommage.

ARTICLE 20 : RISQUES EXCLUS

Article 20-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste :

- Les conséquences directes ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeute ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ;
- Les conséquences de rixe, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
- Les conséquences de la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ;
- Les risques résultants de la participation à des courses, compétitions ou essais préparatoires comportant l'utilisation d'un véhicule ou d'une embarcation à moteur ainsi que toutes tentatives de records ;
- Les risques résultants d'accidents de navigation ou conduite par un pilote ne possédant pas pour l'appareil utilisé de brevet ou licence en cours de validité ;
- Les conséquences de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale ;

- Les accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent, et ceux qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation.
- Concernant les garanties décès et PTIA, est exclu, le suicide au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion de la garantie, ou l'augmentation de la garantie. En cas d'augmentation de la garantie, seule la part de la prestation correspondant à l'augmentation est concernée par la présente exclusion.**

Article 20-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties

Concernant les garanties Prévoir Accidents/Galaxie et Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit prévoyant des prestations en cas d'hospitalisation, sont exclus, en sus, des exclusions prévues à l'article 20-1 :

- Les séjours dans les établissements et services très spécialisés suivants : les maisons de repos, de convalescences, établissements et services de rééducation fonctionnelle et motrice (sauf suite à un accident ayant nécessité une intervention chirurgicale et dans l'éventuelle limite de prise en charge fixée au tableau de garantie),
- Les établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres de thalassothérapie, établissements et service de gériatrie, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux et/ou psychopédagogiques, séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants.
- Les cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil,
- Les traitements esthétiques de rajeunissement, non prescrits médicalement et leurs suites.
- En complément, la maternité et les pathologies liées à celle-ci sont exclues de la garantie Prévoir Accidents/Galaxie.

Concernant les garanties Prévoir Accidents/Galaxie et Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit et Prévoir Salariés prévoyant des prestations en cas d'accident, sont exclus, en sus, des exclusions prévues à l'article 20-1 :

- Les accidents dus à l'usage de substances illicites ou de médicaments non prescrits ;
- Les accidents dus à l'état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool supérieur au taux défini dans le code de la route en vigueur au jour du sinistre.

Concernant les garanties Prévoir Accidents/Galaxie, Prévoir Salariés et Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité prévoyant des prestations en cas d'arrêt de travail, sont exclus, en sus, des exclusions prévues par l'article 20-1 :

- **Les lombalgies, dorsalgies et cervicalgies seront prises en charge à raison d'un crédit de 90 jours maximum (sur une période de 365 jours), sauf celles d'origine tumorale qui entreront dans le champ classique des prestations prévues au contrat. Pour reconstituer ce crédit d'indemnisation, une reprise effective des activités professionnelles de 365 jours est exigée ;**
- **Les troubles neuropsychiatriques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses et états dépressifs seront pris en charge à raison d'un crédit de 90 jours maximum (sur une période de 365 jours). Pour reconstituer ce crédit d'indemnisation, une reprise effective des activités professionnelles de 365 jours est exigée ;**
- **La maternité et les pathologies liées à celle-ci.**

Concernant la garantie Prévoir Maladies Redoutées, sont exclus:

- **Concernant le Cancer :**
 - > **Les cancers de la peau spinocellulaires et basocellulaires ;**
 - > **La leucémie lymphoïde chronique, et des autres syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques.**
- **Concernant l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) avec lésions permanentes :**
 - > **Les Accidents Ischémiques Transitoires (AIT) ;**
 - > **Les lésions cérébrales ou des vaisseaux sanguins d'origine traumatique ;**
 - > **Les hémorragies secondaires dues à une lésion cérébrale préexistante, connue à la souscription du contrat ;**
 - > **L'anomalie cérébrale clinique ou bien objectivée sur le scanner sans relation clinique patente et objective avec les symptômes et les signes neurologiques.**
- **Concernant la Maladie de Parkinson, les Syndromes Parkinsoniens dits « iatrogènes » (consécutifs à l'administration de médicaments).**
- **Concernant la Maladie d'Alzheimer, les syndromes démentiels de cause toxique.**

ARTICLE 21 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS

Les risques en cours au moment de la modification du règlement mutualiste seront pris en charge selon les règles de l'ancien règlement mutualiste.

ARTICLE 22 : CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion cessera :

- > En cas de renonciation de l'adhésion conformément à l'article « Renonciation » ;
- > En cas de résiliation de l'adhésion ;
- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article « Défaut de paiement » ;
- > En cas de décès de l'adhérent.

La Mutuelle invite l'adhérent à être vigilant lorsqu'il remplit les critères de cessation du versement des prestations pour l'ensemble des garanties prévues par la garantie souscrite, afin d'en informer la Mutuelle.

Concernant la garantie Prévoir Accidents/Galaxie, en sus des conditions énoncées précédemment, l'adhésion cessera lorsque l'adhérent a atteint l'âge de 100 ans.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent, ou de son éventuel ayant droit.

Concernant les garanties Prévoir Salariés et Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité, en sus des conditions énoncées précédemment, l'adhésion cessera :

- > En cas de cessation d'activité salariale de l'adhérent ;
- > En cas de liquidation de la pension vieillesse par le régime obligatoire de base de l'adhérent et, au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Concernant la garantie Prévoir Maladies Redoutées, en sus des conditions énoncées précédemment l'adhésion cessera en cas de versement d'un capital pour Maladie Redoutée. L'adhérent ne pourra pas adhérer de nouveau à cette garantie. L'adhésion cesse également lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent.

Concernant la garantie Prévoir Décès, en sus des conditions énoncées précédemment, l'adhésion cessera en cas de liquidation de la pension de retraite par le régime obligatoire de base de l'adhérent, et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite.

Concernant la garantie Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques, en sus des conditions énoncées précédemment, l'adhésion cessera lorsque l'adhérent a atteint l'âge de 100 ans.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent ou de son ayant droit.

Dans le cadre des garanties Prévoir Décès et Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques, la cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice des prestations sans possibilité de rachat ni de réduction, ces garanties étant à fonds perdus.

TITRE 4. PRESTATIONS

ARTICLE 23 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est indiqué dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite. Le tableau de garantie de la garantie souscrite peut également prévoir des options. Elles ne sont opposables à la Mutuelle que si l'adhérent y a souscrit. Leur souscription est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 24 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite, dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

Les prestations sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées, hors éventuels délais bancaires.

Le cas échéant, l'éventuel règlement des prestations peut être remis en cause en fonction des résultats des contrôles médicaux diligentés par la Mutuelle.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur un compte bancaire domicilié dans un Etat relevant de la zone SEPA, appartenant à l'adhérent ou le cas échéant à son représentant légal.

Par exception, le règlement des capitaux décès s'effectue par chèque bancaire.

■ Incapacité, invalidité, hospitalisation

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », les prestations portant sur l'indemnisation d'une incapacité, d'une invalidité ou d'une hospitalisation sont payables mensuellement à terme échu.

En cas de rechute, le versement de la prestation se poursuit, sans faire démarrer des nouveaux délais de carence le cas échéant. De plus, le calcul de la durée totale de l'indemnisation reprend à compter du 1^{er} jour indemnisé dans le cadre du premier arrêt de travail.

Est qualifié de rechute par la Mutuelle :

- Deux arrêts de travail ayant la même cause ;
- et lorsque l'intervalle entre les deux arrêts est inférieur à deux mois.

La rechute doit être reconnue par le régime obligatoire de l'adhérent.

Les prestations versées par la Mutuelle peuvent être révisées en cas d'évolution de l'état de santé de l'adhérent.

■ Diagnostic d'une maladie redoutée

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », le capital Maladie Redoutée est versé en une fois à l'adhérent. En cas de décès de l'adhérent, avant le versement de la prestation due, le capital sera versé au notaire en charge de la succession.

■ Frais d'obsèques

Concernant les frais d'obsèques, le capital sera versé à la ou les personne(s) ayant payé les frais d'obsèques, et présentant l'acte de décès et les factures prouvant qu'elles ont été acquittées par elle(s).

Le reliquat éventuel sera versé, jusqu'à due concurrence du montant du capital, conformément au paragraphe « Décès » au sein de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

■ Capital décès

En cas de décès, la Mutuelle verse le capital au(x) bénéficiaire(s) conformément au paragraphe « Décès » au sein de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, si cela est prévue par la couverture, le capital décès peut être versé par anticipation, et met fin à la garantie décès.

■ Crédits d'indemnisation

Les garanties Prévoir Accident/Galaxie, Prévoir Salariés, Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité et Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit prévoient des crédits d'indemnisation. Le crédit d'indemnisation étant la durée maximale d'indemnisation. La durée et les règles encadrant le renouvellement des crédits d'indemnisation sont indiquées sur le tableau de garantie de la garantie souscrite.

ARTICLE 25 : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les prestations en cas d'incapacité et d'invalidité sont des prestations indemnitaires. Ainsi, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations versées par l'employeur, par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu supérieur pour l'adhérent, en arrêt de travail, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité.

Ainsi, le cas échéant la prestation pourra être minorée à hauteur du revenu que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité.

ARTICLE 26 : PIÈCES À FOURNIR / DÉLAIS DE TRANSMISSION

Article 26- 1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion

À l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, à savoir notamment :

- > Un document d'identité,
- > Un relevé d'identité bancaire d'un compte bancaire domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA.
- > Un mandat de prélèvement SEPA, en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire,
- > Et toutes autres pièces nécessaires.

De même, il pourra être demandé toute pièce pouvant justifier de la qualité d'ayant droit lors de son affiliation tel que le certificat de scolarité, le certificat de mariage, la convention de PACS, l'attestation de sécurité sociale, ou toute pièce attestant d'un concubinage notoire.

À défaut de la remise de l'intégralité des pièces nécessaires, l'adhésion ne peut prendre effet.

Article 26 -2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations

Les documents justificatifs demandés sont obligatoires afin d'obtenir le paiement de la Mutuelle. Toutefois, ils ne peuvent à eux seuls impliquer la délivrance de la prestation par la Mutuelle.

■ Incapacité (si garantie ou option souscrite)

En cas d'incapacité, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- L'avis d'arrêt de travail initial et les éventuels arrêts de prolongation délivrés par un médecin ;
- Les photocopies des décomptes du régime obligatoire ;
- Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraînée l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- Les douze bulletins de salaire qui précèdent la date de l'arrêt ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ Incapacité physique permanente (si garantie ou option souscrite)

En cas d'incapacité, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraînée l'état d'incapacité physique permanente, le taux d'incapacité physique permanente, la cause, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel. Le taux d'incapacité physique permanente est fixé par le Médecin conseil de la Mutuelle;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ Hospitalisation (si garantie ou option souscrite) :

En cas d'hospitalisation, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle, le bulletin d'hospitalisation faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie, ainsi que toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

■ Diagnostic d'une Maladie redoutée (si garantie souscrite) :

En cas de diagnostic d'une Maladie Redoutée, l'adhérent s'engage à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle, un certificat médical indiquant le diagnostic, ainsi que toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

■ Accident (si garantie ou option souscrite) :

En cas de garantie nécessitant la réalisation d'un accident, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- Une déclaration écrite précisant ses circonstances, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- Un certificat médical précisant la cause accidentelle ;
- Un bulletin d'hospitalisation précisant la date d'entrée et de sortie ;
- Les photocopies des décomptes du régime obligatoire ;
- Les photocopies des bulletins de salaire des 12 derniers mois ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ Invalidité (si garantie ou option souscrite)

En cas d'invalidité, ou de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- La notification d'attribution de la rente d'incapacité ou de la pension d'invalidité délivrée par le régime obligatoire, ils seront restitués après traitement du dossier ;
- Un rapport médical circonstancié précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ Perte totale et irréversible d'autonomie (si garantie ou option souscrite)

Si la garantie souscrite le prévoit, l'adhérent se trouvant dans cette situation et désirant bénéficier à ce titre du versement anticipé du capital décès pour cause de Perte Totale et Irréversible d'autonomie devra remplir, ou faire remplir, et adresser à la Mutuelle un formulaire type de demande de capital et fournir les pièces justificatives.

■ Décès (si garantie ou option souscrite) :

En cas de décès de l'adhérent, décès, les justificatifs suivants seront nécessaires afin de verser les prestations :

- L'acte de décès ;
- Un certificat médical précisant les causes du décès (nature accidentelle ou non) à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

■ Garantie obsèques (si garantie ou option souscrite) :

En cas de décès de l'adhérent, les justificatifs suivants seront nécessaires, afin de verser la garantie obsèques :

- La ou les facture(s) acquittée(s) (originaux),
- L'acte de décès de l'adhérent,
- Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires,
- Toutes autres pièces que la Mutuelle jugerait nécessaires au règlement de la prestation.

Article 26-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

ARTICLE 27 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Il appartient à l'adhérent d'informer la Mutuelle qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessous portant sur la cessation des garanties.

Le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail cesse :

- À la reprise d'activité de l'adhérent,
- À la fin de l'indemnisation par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- À la date d'effet d'un congé parental,
- À la liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base de l'adhérent,
- À la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent, et au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite,
- Au décès de l'adhérent.

Le versement des rentes relatives à la garantie invalidité permanente, et de la garantie incapacité permanente cesse :

- À la reprise d'activité de l'adhérent,
- À la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent, et au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite,
- Au décès de l'adhérent.

En tout état de cause, le versement de l'ensemble des prestations cesse :

- En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 16 «Défaut de paiement» ;
- En cas de dénonciation de l'adhésion conformément à l'article 7-4 «Résiliation».

Des conditions supplémentaires quant à la durée maximum de l'indemnisation peuvent être mentionnées dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite.

Concernant la garantie Prévoir Accidents/Galaxie, la Mutuelle n'effectuera pas le versement de la prestation Incapacité Physique Permanente si le dommage se réalise après les 65 ans de l'adhérent. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent, ou de son ayant droit.

La Mutuelle n'effectuera pas le versement des autres garanties si le dommage se réalise après le 100^{ème} anniversaire de l'adhérent.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent ou de son ayant droit.

Concernant la garantie Prévoir Maladies Redoutées, la Mutuelle n'effectuera pas le versement du capital si le dommage se réalise après le 70^{ème} anniversaire de l'adhérent. Le capital en cas de diagnostic d'une Maladie Redoutée n'est dû qu'une seule fois.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent.

Concernant la garantie Prévoir Décès, la Mutuelle n'effectuera pas le versement du capital si le dommage se réalise après l'âge légal de départ à la retraite.

Concernant la garantie Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques, la Mutuelle n'effectuera pas le versement de la prestation si le dommage se réalise après l'année au cours de laquelle l'adhérent aura atteint l'âge de 100 ans.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent ou de son ayant droit.

ARTICLE 28 : PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

ARTICLE 29 : CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle peut effectuer tous les contrôles et enquêtes qu'elle jugera utiles, et ce quelle que soit la garantie.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin conseil de la Mutuelle et celles du Régime Obligatoire. À ce titre, les décisions du Régime obligatoire ne s'imposent pas à la Mutuelle. Par conséquent, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par elle, afin que soit apprécié son état de santé.

Les conclusions du médecin désigné par la Mutuelle détermineront si les prestations doivent être dues, maintenues, réduites voire supprimées, et ce, quelle que soit la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme. L'adhérent garde cependant toute possibilité de contestation.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin désigné par la Mutuelle, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin afin d'apprécier l'état de santé de l'adhérent.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du médecin arbitre seront à la charge de la Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin arbitre confirmerait le rejet de la demande de l'intéressé, les honoraires du médecin arbitre seront à la charge, pour moitié, de l'adhérent et de la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle ne versera pas les prestations :

- En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ;
- Lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la définition des garanties du présent règlement ;
- En cas de refus de l'adhérent de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES

ARTICLE 30 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE / FONDS DE SECOURS

En cas de grande difficulté, l'adhérent peut saisir le fonds social mutualiste géré par une commission de secours dans les conditions fixées par le règlement relatif au fonds social de la Mutuelle.

ARTICLE 31 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables du sinistre ayant entraîné le versement par la Mutuelle des prestations.

À cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuelle intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

ARTICLE 32 : FAUSSE DÉCLARATION

Article 32-1 : Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leurs sont reprochées, et invités à fournir des explications. En fonction des informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite. 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 nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

Article 32-2 : Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 33 : RÉCLAMATION

La Mutuelle met à la disposition de ses adhérents et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Réclamations - TSA 11346, 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Où à l'adresse email suivante :

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit, cependant en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

ARTICLE 34 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15
- Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximums de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées. L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 35 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- **En cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- **La reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **La demande en justice (même en référé) ;**
- **Un acte d'exécution forcée.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Lorsque le délai de prescription est dépassé, aucune prise en charge ne pourra couvrir la période dépassant le délai de prescription. La prise en charge couvrira toute la période antérieure à la demande jusqu'à l'expiration du délai de prescription.

ARTICLE 36 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du règlement mutualiste, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs

en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux. Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- soit par mail à dpo.smf@solimut.fr

- soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 37 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de cette relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société WORLDDLINE, Service Bloctel, 1 place des Degrés, 92800 Puteaux, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 38 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ses obligations par la Mutuelle..

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droit, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique) ;
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;

- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2-2 du Code monétaire et financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

En cas de refus ou d'opposition de l'Adhérent du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

ARTICLE 39 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 40 : PARTICIPATION AUX EXCÉDENTS

Conformément à l'article L.223-25-5 du Code de la mutualité, la Mutuelle détermine annuellement le montant de la participation aux bénéfices conformément à la réglementation en vigueur.

Cette participation, prévue uniquement dans le cadre des produits Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques, et Prévoir Décès, correspond au moins à 90% des résultats techniques et 85% des résultats financiers, si ceux-ci sont positifs, déduction faite des intérêts techniques déjà attribués, calculés en fonction du taux technique inclus dans la tarification.

Le montant des participations aux excédents est affecté à la provision pour participation aux excédents. Cette dernière est incorporée aux provisions mathématiques ou versée aux participants au cours des 8 exercices suivants celui au titre duquel elles ont été portées à la provision pour participation aux excédents. Les modalités de répartition sont établies annuellement par le Conseil d'Administration de la Mutuelle. Ce contrat ne garantit aucun droit individuel à l'attribution d'une somme déterminée au titre de cette participation.

ANNEXE :

Tableau des cotisations

Tableau de garantie

Barème pour le taux d'invalidité (Prévoir Accidents)

Nous contacter



▶ Par notre réseau d'agences :

Des conseillers disponibles et expérimentés à votre disposition dans nos 60 agences réparties sur 8 régions (coordonnées de nos agences sur notre site internet www.solimut-mutuelle.fr)



▶ Par téléphone :

En appelant le 04 42 18 02 50
Accueil téléphonique du lundi au vendredi



▶ Par Courrier :

Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents :
TSA 11346 - 13235 Marseille Cedex 02

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE PRÉVOIR' CHEMINOTS

Approuvé par le Conseil d'Administration du 19 octobre 2022

CERTIFIÉ CONFORME
La Présidente
Carole HAZÉ



Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS **SOLIDAIRES**

TABLE DES MATIÈRES

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	53
Article 1 : Cadre réglementaire/ raison sociale de la Mutuelle	53
Article 2 : Objet de la garantie	53
Article 3 : Conditions d'adhésion	53
Article 4 : Formalités d'adhésion	53
Article 5 : Population assurée	53
Article 6 : Prise d'effet de la garantie	54
Article 7 : Renouvellement, modification, suspension et résiliation de l'adhésion	54
Article 7-1 : Renouvellement	54
Article 7-2 : Modification de garantie	54
Article 7-3 : Résiliation	54
Article 8 : Droit de Renonciation	54
Article 8-1 : Vente à distance	54
Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance	54
Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile	55
Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine	55
Article 9 : Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle	55
TITRE 2. COTISATIONS	56
Article 10 : Montant des cotisations	56
Article 11 : Détermination des cotisations	56
Article 12 : Modalité de paiement des cotisations	56
Article 13 : Révision des cotisations	56
Article 14 : Remboursement des cotisations	56
Article 15 : Incident de paiement	56
Article 16 : Défaut de paiement	56
TITRE 3. GARANTIES	56
Article 17 : Définitions des garanties	56
Article 18 : Garantie en inclusion	58
Article 19 : Territorialité	58
Article 20 : Risques exclus	58
Article 20-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties	58
Article 20-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines prestations	58
Article 21 : Impact de la modification du Règlement Mutualiste sur les risques en cours	59
Article 22 : Cessation des garanties	59

TITRE 4. PRESTATIONS	59
Article 23 : Montant des prestations	59
Article 24 : Règlement des prestations	59
Article 25 : Principe indemnitaire	59
Article 26 : Pièces à fournir / délais de transmission	59
Article 26-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion	59
Article 26-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations	60
Article 26-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives	60
Article 27 : Cessation du versement des prestations	60
Article 28 : Prestations indues	60
Article 29 : Contrôle médical	60
TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES	61
Article 30 : Fonds social mutualiste/ Fonds de secours	61
Article 31 : Subrogation	61
Article 32 : Fausse déclaration	61
Article 32-1 : Fausse déclaration intentionnelle	61
Article 32-2 : Fausse déclaration non intentionnelle	61
Article 33 : Réclamation	61
Article 34 : Médiation	61
Article 35 : Prescription	62
Article 36 : Protection des données personnelles	62
Article 37 : Opposition au démarchage téléphonique	63
Article 38 : Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	63
Article 39 : Autorité de contrôle	63

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement mutualiste prévoyance est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé « l'adhérent », et d'autre part Solimut Mutuelle de France, ci-après dénommée « la Mutuelle », dont le siège social se situe au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. La loi applicable au présent règlement mutualiste est la loi française.

Solimut Mutuelle de France est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 383 143 617 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

Le présent règlement mutualiste a pour objet le versement de prestations prévoyance en fonction de la garantie souscrite.

La garantie Prévoir Cheminot a pour objet de garantir aux agents SNCF le versement :

- > D'une Indemnité Journalière Perte de Primes Temporaires (si la garantie est prévue dans la formule souscrite: le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation) ;
- > D'un capital Perte de Primes Définitives (si la garantie est prévue dans la formule souscrite: le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation) ;
- > D'un capital Décès (si la garantie est prévue dans la formule souscrite: le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation).

L'agent peut souscrire les trois garanties conjointement, ou les garanties Perte de primes définitive et Pertes de primes temporaires conjointement, ou le Décès et les Pertes de primes temporaires conjointement.

Le versement des prestations est subordonné au respect des éventuelles conditions mentionnées dans le tableau de garantie concerné.

Les garanties non souscrites par l'adhérent ne sont pas dues par la Mutuelle. Seules les garanties référencées au sein du tableau de garantie annexé au présent règlement, et correspondant à la garantie souscrite par l'adhérent sont opposables à la Mutuelle. Le nom de la garantie souscrite, et les éventuelles options supplémentaires souscrites sont indiquées sur le bulletin d'adhésion de l'adhérent.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer au présent règlement mutualiste, tout agent SNCF relevant du régime spécial de la SNCF ou du régime général, souhaitant devenir membre de la Mutuelle, et étant âgé de plus de 18 ans et de moins de 50 ans.

Ne peuvent adhérer à la présente couverture :

- > Les personnes en arrêt de travail au moment de la souscription et de la prise d'effet de la couverture,
- > Les personnes à temps partiel thérapeutique.

Sont considérés comme agents SNCF par le présent Règlement Mutualiste, toute personne travaillant dans la société mère SNCF, ou ses filiales.

L'âge se déterminant par différence de millésime entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance. Le cumul d'adhésion à une même garantie n'est pas admis par la Mutuelle.

ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est formalisée par la signature du bulletin d'adhésion, ainsi que par la remise de toutes les pièces nécessaires à l'adhésion conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission ».

Le questionnaire médical est une formalité d'adhésion obligatoire pour toute adhésion à ces garanties. À ce titre, l'adhérent doit remplir un questionnaire médical pour formaliser son adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent entraîne la nullité de l'adhésion.

L'adhésion sera considérée comme nulle et non avenue si le bulletin d'adhésion n'est pas retourné signé dans les 30 jours calendaires, à compter de sa date d'envoi par courrier par la Mutuelle, le cachet de la Poste faisant foi.

En tout état de cause, l'adhérent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le ou les questionnaires médicaux remis par la Mutuelle, puis le ou les retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. Le médecin conseil pourra alors :

- > Accepter l'adhésion sans réserve,
- > Émettre des réserves médicales,
- > Refuser l'adhésion.

La Mutuelle s'engage à envoyer la réponse du médecin conseil à l'adhérent dans un délai raisonnable.

En cas d'acceptation avec réserves médicales, un avenant de réserve médicale est adressé à l'adhérent afin de tenir compte des réserves émises par le médecin conseil de la Mutuelle. L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la décision du médecin conseil pour accepter l'adhésion. À défaut, l'adhésion sera considérée comme nulle et non avenue. Par conséquent, l'adhérent devra remplir un nouveau questionnaire médical s'il souhaite réitérer sa demande d'adhésion.

ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE

Seul l'adhérent, agent SNCF, est assuré au titre du présent règlement mutualiste. L'adhérent doit résider en France ou dans un pays frontalier.

Le cas échéant, l'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion.

À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse mail ou postale.

À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

De plus, l'adhérent s'engage à fournir tous les deux ans à Solimut Mutuelle de France tout document réclamé par elle, destiné à actualiser le montant de ses garanties. De cette manière, la prestation est recalculée tous les deux ans pour permettre une juste adéquation entre le niveau souscrit et l'estimation des pertes potentiellement subies. Dans ces conditions, le capital versé lors de l'éventuelle survenance du sinistre sera le capital actualisé en vigueur.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La prise d'effet de la garantie est subordonnée à la fourniture de l'ensemble des pièces nécessaires à l'adhésion telles que définies dans l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du bulletin d'adhésion, pour l'envoyer à la Mutuelle.

La date de prise d'effet de l'adhésion est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'acceptation de la demande par le médecin conseil. La date de la prise d'effet de la garantie est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'acceptation (avec ou sans réserve) du médecin conseil ou de la Mutuelle. Le cachet de la poste fait foi.

Dans le cas où l'adhérent souhaiterait une date d'adhésion ultérieure, la date de la prise d'effet de la garantie interviendra au plus tard le 1^{er} jour du 3^{ème} mois entre l'envoi du questionnaire de santé et la date de l'acceptation de l'adhésion.

ARTICLE 7 : RENOUELEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Article 7-1 : Renouvellement

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période civile prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. Le règlement mutualiste se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification :

- > De sa situation administrative concernant son régime obligatoire ;
- > De sa situation familiale en cas d'affiliation des ayants droit.

Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

Article 7-2 : Modification de garantie

La demande de modification doit être adressée à la Mutuelle, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'exercice en cours. Le cachet de la poste fera foi pour déterminer la date de la demande.

Si l'adhérent souhaite modifier sa garantie à la hausse, il doit remplir un questionnaire médical.

La modification prend effet au 1^{er} janvier suivant ou au jour de l'acceptation de la Mutuelle si celle-ci est postérieure à cette date, sous réserve du paiement de la cotisation. La décision de la Mutuelle est adressée à l'adhérent par courrier recommandé avec accusé de réception. En cas de refus par la Mutuelle, l'adhérent conservera sa garantie initiale.

Les présentes règles encadrant les modifications de garantie ne font pas obstacles aux dispositions du règlement mutualiste portant sur la résiliation de l'adhésion.

Article 7-3 : Résiliation

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, la demande de résiliation doit être adressée avant le 31 octobre de l'année cours. Si la demande est adressée par courrier, le cachet de la poste fait foi. La résiliation de l'adhésion prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande. Votre couverture perdura donc jusqu'au 31 décembre inclus.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité et de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

En cas de décès de l'adhérent, la résiliation prend effet le lendemain du jour du décès. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage, dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste, à rembourser aux personnes concernées la partie de la cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « Remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION

Article 8-1 : Vente à distance

Est qualifiée de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

En pratique, il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut manifester son opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle transmet à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, l'adhérent a le droit de demander de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, l'adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification ; ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- > Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- > Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

> Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
SERVICE PROSPECTION - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

> Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature ».

■ **Les effets du droit de renonciation**

Le règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

■ **Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile**

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

■ **Modalité d'exercice :**

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

> Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
SERVICE PROSPECTION - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

> Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné (Nom, prénom) ... demeurant (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance n°..... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut Mutuelle de France, et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature ».

■ **Les effets du droit de renonciation**

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

■ **Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine**

Conformément à l'article L223-8 du code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à une couverture ayant au moins une garantie qui dépend de la durée de la vie humaine, quel que soit le mode d'adhésion. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification et n'entraîne pas de pénalités. Ce délai commence à courir le jour ou l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

■ **Les modalités d'exercice**

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature ».

■ **Les effets du droit de renonciation**

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

■ **ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE**

L'ensemble des garanties défini au présent règlement mutualiste a été fixé compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet. Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique de la garantie de protection sociale complémentaire, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance de l'adhérent. Chaque garantie peut être modifiée à tout moment dans les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle.

TITRE 2. COTISATIONS

ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues par les statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste est inclus dans la cotisation.

Le montant des cotisations est mentionné au bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article « Révision des cotisations » du présent règlement mutualiste.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Les taux de cotisations sont établis notamment en fonction des éléments suivants :

> La tranche d'âge : L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent. Il est entendu qu'au cours de l'adhésion les montants des cotisations peuvent évoluer en fonction de l'âge.

> La formule choisie ainsi que les niveaux des garanties.

Le montant de la cotisation est calculé à partir de la date d'effet de l'adhésion.

ARTICLE 12 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire, ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre. De plus, la cotisation peut être acquittée par chèque annuellement sans fractionnement possible. Si l'adhérent choisi de régler les cotisations par prélèvement automatique bancaire, le compte bancaire devra être domicilié en France.

Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le bulletin d'adhésion. Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros (€).

ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'évolution démographique, les résultats et l'équilibre technique du règlement mutualiste, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

En cas de résiliation en cours d'année telle que prévue à l'article « Renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion », la part de cotisations correspondante au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglé, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants, et dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que le règlement mutualiste n'est pas un produit de placement. Ainsi, il n'existe aucun lien entre le montant de la prestation souscrite et les cotisations versées.

ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- > D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- > D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

TITRE 3. GARANTIES

ARTICLE 17 : DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'adhérent bénéficiaire des garanties et des options indiquées sur son bulletin individuel d'affiliation, pour lesquelles il paye des cotisations.

Les garanties souscrites par l'adhérent sont définies dans le tableau de garantie, annexé au présent règlement mutualiste.

Le montant des prestations peut évoluer en fonction de l'âge de l'adhérent.

L'adhérent s'engage à fournir tous les deux ans à la Mutuelle tout document réclamé par elle, destiné à actualiser le montant de ses garanties.

De cette manière, la prestation est recalculée tous les deux ans pour permettre une juste adéquation entre le niveau souscrit et l'estimation des pertes potentiellement subies. Dans ces conditions, le capital versé lors de l'éventuelle survenance du sinistre sera le capital actualisé en vigueur.

À défaut de transmission des éléments demandés antérieurement au sinistre, la différence entre la perte de prime réellement subie et le capital versé par Solimut Mutuelle de France sera remboursée par l'agent.

En tout état de cause, les documents justifiant la perte devront être fournis.

■ Perte de primes temporaire

La garantie « Perte de primes temporaire » a pour objet l'indemnisation du préjudice subi par l'adhérent en raison de la diminution du montant de rémunération, à l'exclusion des allocations et autres heures supplémentaires, suite à la cessation momentanée de son activité pour cause de maladie ou d'accident médicalement constaté.

■ Perte de primes définitive (descente de machine ou reclassement)

La garantie « Perte de primes définitive » a pour objet l'indemnisation du préjudice subi par l'adhérent en raison de la diminution du montant de rémunération, à l'exclusion des allocations et autres heures supplémentaires, pour l'une des causes suivantes:

- > **Pour les adhérents conducteurs de machine relevant du régime spécial de la SNCF :** reclassement à titre définitif pour cause de maladie ou d'accident médicalement constaté ;
- > **Pour les adhérents non conducteurs de machine relevant du régime spécial de la SNCF et pour les adhérents relevant du régime général :** reclassement à titre définitif sur un poste entraînant une diminution de la rémunération, mais avec un temps de travail identique, pour cause de maladie ou d'accident médicalement constaté.

Dans tous les cas, ne donnera lieu à aucune indemnisation :

- La Réforme Définitive ;
- L'invalidité et l'incapacité permanente correspondant à l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle, ayant entraîné la notification d'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente par le régime obligatoire.

- > **Pour tous les agents :** pendant la période de reclassement et dans l'attente d'une décision définitive, le capital « Perte de primes définitive » pourra être versé par anticipation, sous réserve que l'agent fournisse l'ensemble des pièces que la Mutuelle lui réclamera.

■ Décès

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de la personne couverte au(x) bénéficiaire(s). **Les cotisations versées au titre des garanties décès sont susceptibles d'être supérieures au montant des prestations (capital ou rente) garanties, il ne s'agit pas d'un produit de placement. La cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice de la prestation sans possibilité de rachat ni de réduction, la garantie décès étant à fonds perdus.**

Pour les personnes sous tutelle, l'allocation ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Désignation de bénéficiaire par défaut :

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'adhérent notifiée à la Mutuelle, ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- > Au conjoint marié civilement à l'adhérent et non séparé de corps judiciairement ;
- > À défaut au partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.) ;
- > À défaut aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, par parts égales entre eux ;
- > À défaut aux père et mère de l'adhérent par parts égales entre eux, ou en cas de décès de l'un des deux, au survivant pour la totalité ;
- > À défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Clause de désignation particulière :

L'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par défaut. Pour ce faire, il devra remplir le formulaire prévu à cet effet.

En outre, la désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous-seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation particulière du (ou des) bénéficiaire(s), l'adhérent est invité à renseigner la qualité (lien de parenté), et les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par la Mutuelle à la suite de son décès afin de verser la prestation.

L'adhérent a la possibilité :

- > De répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires en indiquant le pourcentage de répartition ;
- > D'établir un rang de priorité parmi les bénéficiaires, en indiquant l'ordre de priorité.

À défaut de répartition et de rang, le capital sera réparti à parts égales entre les bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires, c'est-à-dire s'il décède antérieurement à l'adhérent, le capital est réparti à parts égales aux bénéficiaires du même rang de priorité, ou à défaut au rang suivant de priorité. En cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause de désignation par défaut ci-dessus s'appliquera. Les mêmes règles sont applicables en cas de désignations nulles.

Modification :

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'adhérent peut modifier à tout moment sa désignation de bénéficiaire afin que la désignation effectuée corresponde toujours à ses souhaits au cours de son adhésion.

En effet, les changements d'état civil (divorce, rupture de PACS...) n'annulent pas la désignation de bénéficiaire, lorsque le bénéficiaire est expressément nommé. Cependant la désignation sera nulle en cas de séparation si la désignation était uniquement qualitative et non nominative, si la personne désignée n'avait pas accepté la désignation. Par conséquent, le versement de la prestation sera effectué à la personne désignée d'un rang inférieur. À défaut de personne désignée en rang inférieur, la prestation sera versée selon les règles de désignation par défaut.

Acceptation du bénéficiaire :

La désignation de bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut être faite par avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'adhérent et le bénéficiaire. L'acceptation n'a alors d'effet sur la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Cas particulier de l'adhérent mineur non émancipé :

En cas de décès d'un adhérent mineur non émancipé, le capital est versé aux héritiers. La Mutuelle ne peut pas prendre en compte une désignation particulière de bénéficiaire effectuée par un adhérent mineur.

■ Caractère accidentel

L'accident toutes causes est défini comme tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement.

Dans tous les cas, ne sont pas considérés comme accident les événements suivants :

- Les infarctus du myocarde ;
- Les ruptures d'anévrisme ;
- Les accidents vasculaires cérébraux ;
- Les lombalgies, les lumbagos ;
- Les sciatiques ;
- Les éventrations ;
- Les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- Les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- Les hydrocutions ;
- Les hernies abdominales ;
- Les lésions méniscales.

ARTICLE 18 : GARANTIE EN INCLUSION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par la présente garantie sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

ARTICLE 19 : TERRITORIALITÉ

Les garanties du présent règlement mutualiste s'appliquent dans le monde entier pour les séjours à l'étranger inférieurs à trois mois. Au sein des pays membre de l'Union européenne, le versement des garanties sera dû, quel que soit la durée du séjour.

Concernant les garanties incapacité et invalidité, le versement par la Mutuelle des prestations est conditionné au versement de prestations par le régime obligatoire français, y compris lorsque le fait générateur s'est déroulé en dehors du territoire français.

Les prestations sont toujours payées en Euros (€), quel que soit le lieu où s'est réalisé le dommage.

ARTICLE 20 : RISQUES EXCLUS

Article 20-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste, les conséquences :

- Directes ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeute, de rixe, ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ; étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
- De la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ;
- Des accidents ou affections survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion.
- Des maladies ou accidents qui sont le fait d'un acte volontaire de l'adhérent ou d'un bénéficiaire ;
- De l'état d'ivresse, de l'alcoolisme, de toxicomanie ainsi que les conséquences d'un acte criminel pour lequel l'adhérent serait reconnu coupable ;
- Du risque Maternité ainsi que les pathologies liées à celle-ci.

Article 20-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines prestations

Concernant la garantie décès, est exclu en sus, des exclusions prévues par l'article 20-1, le suicide au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion de la garantie, ou l'augmentation de la garantie.

En cas d'augmentation de la garantie, seule de la part de la prestation correspondant à l'augmentation est concernée par la présente exclusion.

Sont exclus des garanties accidentelles, les conséquences :

- Des accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent et ce qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation ;
- Des accidents dus à l'usage de substances illicites ou de médicaments non prescrits ;
- Des accidents dus à l'état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool supérieur au taux défini dans le code de la route en vigueur au jour du sinistre.

Concernant les garanties Perte de Primes définitive et Perte de Primes Temporaire, il est précisé, en sus, des exclusions prévues par l'article 20-1 que:

- Les lombalgies, dorsalgies et cervicalgies seront prises en charge à raison d'un crédit de 90 jours maximum (sur une période de 365 jours), sauf celles d'origine tumorale qui entreront dans le champ classique des prestations prévues au contrat. Pour reconstituer ce crédit d'indemnisation, une reprise effective des activités professionnelles de 365 jours est exigée ;
- Les troubles neuropsychiatriques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses et états dépressifs seront pris en charge à raison d'un crédit de 90 jours maximum (sur une période de 365 jours). Pour reconstituer ce crédit d'indemnisation, une reprise effective des activités professionnelles de 365 jours est exigée ;
- Les tentatives de suicide survenant durant les deux premières années suivant la date d'effet du contrat sont exclues.

ARTICLE 21 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS

Le présent Règlement Mutualiste ne prend pas en charge les risques en cours. L'adhérent ne devra pas être en arrêt de travail au moment de l'adhésion. Les risques en cours au moment de la modification du règlement mutualiste seront pris en charge selon les règles de l'ancien règlement mutualiste.

ARTICLE 22 : CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion cessera :

- > En cas de renonciation de l'adhésion conformément à l'article « Renonciation » ;
- > En cas de résiliation de l'adhésion ;
- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article « Défaut de paiement » ;
- > En cas de liquidation de la pension vieillesse par le régime obligatoire de base de l'adhérent et, au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite.
- > En cas de décès de l'adhérent.

La Mutuelle invite l'adhérent à être vigilant lorsqu'il remplit les critères de cessation du versement des prestations pour l'ensemble des garanties prévues par la garantie souscrite, afin d'en informer la Mutuelle.

TITRE 4. PRESTATIONS

ARTICLE 23 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est indiqué dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite. Le tableau de garantie de la garantie souscrite peut également prévoir des options. Elles ne sont opposables à la Mutuelle que si l'adhérent y a souscrit. Leur souscription est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 24 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite, dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste dans un délai d'un mois, hors éventuels délais bancaires.

Le délai peut être rallongé en cas de contrôle médical.

Les prestations décès sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées.

Le cas échéant, l'éventuel règlement des prestations peut être remis en cause en fonction des résultats des contrôles médicaux diligentés par la Mutuelle.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire de l'adhérent domicilié dans un Etat membre de la Zone SEPA, ou le cas échéant de son représentant légal.

Par exception, le règlement des capitaux décès s'effectue par chèque bancaire.

■ Perte de prime

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », les prestations portant sur l'indemnisation d'une perte de prime sont payables mensuellement à terme échu.

■ Capital décès

En cas de décès, la Mutuelle verse le capital au(x) bénéficiaire(s) conformément au paragraphe « Décès » au sein de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, le capital décès peut être versé par anticipation, et met fin à la garantie décès.

■ Crédits d'indemnisation

La garantie Prévoir Cheminots prévoit des crédits d'indemnisation. Le crédit d'indemnisation étant la durée maximale d'indemnisation. La durée et les règles encadrant le renouvellement des crédits d'indemnisation sont indiquées sur le tableau de garantie de la garantie souscrite.

Des conditions supplémentaires quant à la durée maximum de l'indemnisation peuvent être mentionnées dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite.

ARTICLE 25 : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les prestations Perte de Primes temporaire sont des prestations indemnitaires. Ainsi, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations versées par l'employeur, par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu supérieur pour l'adhérent, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité initiale.

Ainsi, le cas échéant la prestation pourra être minorée à hauteur du revenu que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité initiale.

Si les documents destinés à l'actualisation du capital, réclamés par Solimut Mutuelle de France, n'ont pas été fournis par l'adhérent, la prestation versée ne pourra excéder le montant de la perte réelle subie.

ARTICLE 26 : PIÈCES À FOURNIR / DÉLAIS DE TRANSMISSION

Article 26-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion

À l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, à savoir notamment :

- > Un document d'identité,
- > Un relevé d'identité bancaire d'un compte bancaire domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA,
- > Un mandat de prélèvement SEPA, en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire,
- > Un bulletin d'adhésion ;
- > Les 3 à 12 derniers bulletins de salaire précédant la demande d'adhésion ;
- > Concernant les Agents de conduite, une photocopie de sa licence de conducteur de train en cours de validité ;
- > Un questionnaire médical.
- > Et toutes autres pièces nécessaires.

De même, il pourra être demandé toute pièce pouvant justifier de la qualité d'ayant droit lors de son affiliation tel que le certificat de scolarité, le certificat de mariage, la convention de PACS, l'attestation de sécurité sociale, ou toute pièce attestant d'un concubinage notoire.

À défaut de la remise de l'intégralité des pièces nécessaires, l'adhésion ne peut prendre effet.

Article 26-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations

Les documents justificatifs demandés sont obligatoires afin d'obtenir le paiement de la Mutuelle. Toutefois, ils ne peuvent à eux seuls impliquer la délivrance de la prestation par la Mutuelle.

■ Perte de Prime Temporaire (si garantie prévue dans la formule souscrite) :

En cas de perte de prime temporaire de l'adhérent, les justificatifs suivants seront nécessaires afin de verser les prestations :

- > Les justificatifs d'arrêt de travail et de prolongations;
- > Les bulletins de salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ;
- > Dans le cadre du « Service Doux » : notification du médecin de la SNCF ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

■ Perte de Prime Définitive (si garantie prévue dans la formule souscrite) :

En cas de perte de prime définitive de l'adhérent, les justificatifs suivants seront nécessaires afin de verser les prestations :

- > Le Certificat de la S.N.C.F. spécifiant le retrait à titre définitif de l'autorisation de conduite en Premier au service de la route ou le reclassement pour les autres services ;
- > Un certificat médical, sous pli confidentiel, adressé au Médecin conseil de la Mutuelle, spécifiant les éléments suivants :
 - > Date de survenance de la maladie ou de l'accident,
 - > Nature de la maladie.
- > Les bulletins de salaire des 12 mois précédant la « descente de machine » ;
- > Le premier bulletin de salaire après le reclassement professionnel ;
- > Le bulletin de salaire mentionnant la régularisation par l'indemnité compensatrice lors du reclassement définitif ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

■ Caractère Accidentel :

En cas de caractère accidentel, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- > Une déclaration écrite précisant ses circonstances, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- > Un certificat médical précisant la cause accidentelle ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

À défaut le caractère accidentel ne pourra pas être retenu.

■ Décès (si garantie prévue dans la formule souscrite) :

En cas de décès de l'adhérent, les justificatifs suivants seront nécessaires afin de verser les prestations :

- > L'acte de décès ;
- > Un certificat médical précisant les causes du décès (nature accidentelle ou non) à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

Article 26-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

ARTICLE 27 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Il appartient à l'adhérent d'informer la Mutuelle qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessous portant sur la cessation des garanties.

■ Perte de primes temporaire et Perte de primes définitive

Le versement des garanties Perte de primes temporaire cesse :

- > À la reprise d'activité de l'adhérent ;
- > À la date de fin de l'indemnisation par le régime obligatoire de l'adhérent ;
- > À la date d'effet d'un congé parental,

Le versement des garanties Perte de primes temporaire et Perte de primes définitive cesse :

- > À la liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base de l'adhérent ;
- > À la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent ;
- > Au décès de l'adhérent ;
- > Et au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite.

En tout état de cause, le versement de l'ensemble des prestations cesse :

- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 16 « Défaut de paiement » ;
- > En cas de dénonciation de l'adhésion conformément à l'article 7-3 « Résiliation ».

■ Garantie Décès

La Mutuelle n'effectuera pas le versement du capital si le dommage se réalise après l'âge légal de départ à la retraite.

ARTICLE 28 : PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

ARTICLE 29 : CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle peut effectuer tous les contrôles et enquêtes qu'elle jugera utiles, et ce quelle que soit la garantie.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin conseil de la Mutuelle et celles du Régime Obligatoire. À ce titre, les décisions du Régime obligatoire ne s'imposent pas à la Mutuelle. Par conséquent, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par elle, afin que soit apprécié son état de santé.

Les conclusions du médecin désigné par la Mutuelle détermineront si les prestations doivent être dues, maintenues, réduites voire supprimées, et ce, quelle que soit la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme. L'adhérent garde cependant toute possibilité de contestation.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin désigné par la Mutuelle, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin afin d'apprécier l'état de santé de l'adhérent.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du médecin arbitre seront à la charge de la Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin arbitre confirmerait le rejet de la demande de l'intéressé, les honoraires du médecin arbitre seront à la charge, pour moitié, de l'adhérent et de la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle ne versera pas les prestations :

- En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ;
- Lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la définition des garanties du présent règlement ;
- En cas de refus de l'adhérent de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES

ARTICLE 30 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE / FONDS DE SECOURS

En cas de grande difficulté, l'adhérent peut saisir le fonds social mutualiste géré par une commission de secours dans les conditions fixées par le règlement relatif au fonds social de la Mutuelle.

ARTICLE 31 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires contre les tiers responsables du sinistre ayant entraîné le versement par la Mutuelle des prestations.

À cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuelle intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

ARTICLE 32 : FAUSSE DÉCLARATION

Article 32-1 : Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leurs sont reprochées, et invités à fournir des explications. En fonction des

informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite. 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 nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

Article 32-2 : Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- > Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- > Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 33 : RÉCLAMATION

La Mutuelle met à la disposition de ses adhérents et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Réclamations - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Où à l'adresse email suivante :

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit, cependant en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

ARTICLE 34 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)

**255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15**

- Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximums de la réception du dossier complet.

Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 35 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- **En cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- **La reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **La demande en justice (même en référé) ;**
- **Un acte d'exécution forcée.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Lorsque le délai de prescription est dépassé, aucune prise en charge ne pourra couvrir la période dépassant le délai de prescription. La prise en charge couvrira toute la période antérieure à la demande jusqu'à l'expiration du délai de prescription.

ARTICLE 36 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du règlement mutualiste, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- soit par mail à dpo.smf@solimut.fr
- soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 37 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de cette relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société WORLDFLINE, Service Bloctel, 1 place des Degrés, 92800 Puteaux, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 38 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire aux respects de ses obligations par la Mutuelle. Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droit, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique) ;
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L562-2-2 du Code monétaire et financier.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle ainsi que lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement des prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

En cas de refus ou d'opposition de l'Adhérent du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

ARTICLE 39 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE :

Tableau des cotisations

Tableau de garantie

Nous contacter



▶ Par notre réseau d'agences :

Des conseillers disponibles et expérimentés à votre disposition dans nos 60 agences réparties sur 8 régions (coordonnées de nos agences sur notre site internet www.solimut-mutuelle.fr)



▶ Par téléphone :

En appelant le 04 42 18 02 50
Accueil téléphonique du lundi au vendredi



▶ Par Courrier :

Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents :
TSA 11346 - 13235 Marseille Cedex 02

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE CONTRAT PROTEC'TER PRÉVOYANCE

Approuvé par le Conseil d'Administration du 19 octobre 2022
CERTIFIÉ CONFORME
La Présidente
Carole HAZÉ



Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS **SOLIDAIRES**

TABLE DES MATIÈRES

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	66
Article 1 : Cadre réglementaire/ raison sociale de la Mutuelle	66
Article 2 : Objet de la garantie	66
Article 3 : Conditions d'adhésion	66
Article 4 : Formalités d'adhésion	66
Article 5 : Population assurée	66
Article 6 : Prise d'effet de la garantie	67
Article 7 : Renouvellement, modification, suspension et résiliation de l'adhésion	67
Article 7-1 : Renouvellement	67
Article 7-2 : Modification de garantie	67
Article 7-3 : Résiliation	67
Article 8 : Droit de Renonciation	68
Article 8-1 : Vente à distance	68
Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance	68
Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile	68
Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine	69
Article 9 : Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle	69
TITRE 2. COTISATIONS	69
Article 10 : Montant des cotisations	69
Article 11 : Détermination des cotisations	69
Article 12 : Modalité de paiement des cotisations	69
Article 13 : Révision des cotisations	70
Article 14 : Remboursement des cotisations	70
Article 15 : Incident de paiement	70
Article 16 : Défaut de paiement	70
TITRE 3. DÉFINITION DU TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE	70
Article 17 : Traitement de référence	70
Article 17-1 : Pour les agents de droit public	70
Article 17-2 : Pour les agents de droit privé	70
TITRE 4. GARANTIES	71
Article 18 : Définitions des garanties	71
Article 18-1 : Incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire)	71
Article 18-2 : Option maintien de primes (régime indemnitaire)	72
Article 18-3 : Invalidité permanente	73
Article 18-4 : Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente	74
Article 18-5 : Capital Décès / Perte Totale et Irréversible d'autonomie	74

Article 19 : Garantie en inclusion	74
Article 20 : Territorialité	75
Article 21 : Risques exclus	75
Article 21-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties	75
Article 21-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties	75
Article 22 : Impact de la modification du Règlement Mutualiste sur les risques en cours	75
Article 23 : Cessation des garanties	75
TITRE 5. PRESTATION	75
Article 24 : Montant des prestations	75
Article 25 : Règlement des prestations	76
Article 25-1 : Incapacité, invalidité	76
Article 25-2 : Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	76
Article 25-3 : Prélèvements à la source	76
Article 26 : Revalorisation des prestations en cours de service	76
Article 27 : Principe indemnitaire	76
Article 28 : Pièces à fournir / délais de transmission	76
Article 28-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion	76
Article 28-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations	76
Article 28-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives	77
Article 29 : Cessation du versement des prestations	77
Article 30 : Prestations indues	77
Article 31 : Avis des instances médicales	77
Article 32 : Contrôle médical	77
TITRE 6. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES	78
Article 33 : Fonds social mutualiste/ Fonds de secours	78
Article 34 : Subrogation	78
Article 35 : Fausse déclaration	78
Article 35-1 : Fausse déclaration intentionnelle	78
Article 35-2 : Fausse déclaration non intentionnelle	78
Article 36 : Réclamation	78
Article 37 : Médiation	78
Article 38 : Prescription	79
Article 39 : Protection des données personnelles	79
Article 40 : Opposition au démarchage téléphonique	80
Article 41 : Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	80
Article 42 : Autorité de contrôle	80

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement mutualiste prévoyance est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé « l'adhérent », et d'autre part Solimut Mutuelle de France, ci-après dénommée « la Mutuelle », dont le siège social se situe au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. La loi applicable au présent règlement mutualiste est la loi française.

Solimut Mutuelle de France est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 383 143 617 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

L'adhérent peut bénéficier des garanties suivantes :

- Incapacité Temporaire Totale De Travail - Maintien de salaire ;
- Invalidité Permanente (si l'option est souscrite) ;
- Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente (si l'option est souscrite) ;
- Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - PTIA (si l'option est souscrite) ;
- Maintien de primes (si l'option est souscrite).

Les garanties souscrites par l'adhérent sont mentionnées sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, les agents exerçant effectivement leur activité au sein de la Fonction publique territoriale, ayant signé un bulletin d'adhésion.

Ne peut adhérer à la présente couverture :

- L'agent ayant un contrat de travail à durée déterminée (CDD) d'une durée inférieure ou égale à six mois,
- L'agent en arrêt de travail au moment de la souscription et de la prise d'effet de la couverture.
- L'agent en temps partiel thérapeutique.

L'adhésion couvre uniquement l'activité professionnelle exercée au bénéfice de l'employeur mentionné sur le bulletin d'adhésion. Lorsque l'agent a plusieurs employeurs, il est nécessaire d'effectuer une adhésion par employeur, en remplissant un bulletin d'adhésion distinct, afin d'être intégralement couvert en cas de sinistre.

ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est formalisée par la signature du bulletin d'adhésion, ainsi que par la remise de toutes les pièces nécessaires à l'adhésion conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission ».

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle. **Le questionnaire médical est une formalité d'adhésion obligatoire pour toutes les demandes d'adhésion.**

Pour avoir la possibilité d'adhérer via le questionnaire médical simplifié, la couverture précédente de l'agent doit répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- La couverture précédente doit prévoir à minima les mêmes garanties que la couverture que l'agent souhaite souscrire auprès de Solimut Mutuelle de France, y compris concernant le régime indemnitaire. Ainsi, les définitions des garanties ne doivent pas être plus restrictives que celles établies dans le présent Règlement Mutualiste.
- Le niveau des prestations de la précédente couverture doit être, a minima, égal au niveau des prestations choisies dans le cadre du présent Règlement Mutualiste, y compris concernant le régime indemnitaire.
- Il doit y avoir une continuité de couverture entre la date de la résiliation de l'ancienne couverture et la nouvelle adhésion auprès de Solimut Mutuelle de France.

Si l'agent bénéficie d'une couverture remplissant l'ensemble des conditions précédemment énoncées, il doit alors fournir à la Mutuelle :

- Une attestation de couverture émanant de l'ancien organisme assureur concerné, formalisant les garanties ainsi que le niveau des prestations souscrites antérieurement,
- Une quittance de paiement des cotisations,
- Un certificat de radiation.

En tout état de cause, l'agent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le questionnaire médical, ou le cas échéant le questionnaire simplifié, remis par la Mutuelle, puis le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. Le médecin conseil pourra alors :

- Accepter l'adhésion sans réserve ;
- Émettre des réserves médicales, un avenant lui sera alors adressé pour tenir compte des réserves émises par le médecin conseil de la Mutuelle ;
- Refuser l'adhésion.

En tout état de cause, la Mutuelle s'engage à envoyer la réponse du médecin conseil à l'adhérent dans un délai raisonnable. En cas d'acceptation avec réserves médicales, l'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la décision du médecin conseil, pour accepter l'adhésion. À défaut, l'adhésion sera considérée comme nulle et non avenue. Par conséquent, l'adhérent devra remplir un nouveau questionnaire médical s'il souhaite réitérer sa demande d'adhésion.

ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE

Seul l'adhérent est assuré au titre du présent règlement mutualiste. L'adhérent doit résider en France ou dans un pays frontalier.

Le présent Règlement Mutualiste décrit les garanties et les prestations qui seront accordées à la personne physique qui adhère à cette couverture labellisée dans le cadre du Décret n°2011-1474 du 08/11/2011 et de ses arrêtés.

Cette couverture labellisée permettra à l'agent territorial, dont l'employeur participe à la protection sociale complémentaire, de bénéficier de sa participation.

L'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion. À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse mail ou postale. À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La prise d'effet de la garantie est subordonnée à la fourniture de l'ensemble des pièces nécessaires à l'adhésion telles que définies dans l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du bulletin d'adhésion, pour l'envoyer à la Mutuelle.

■ **Concernant les adhésions sans formalités médicales** : La garantie prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion. En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, la prise d'effet de la garantie est fixée au lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.

■ **Concernant les adhésions avec formalités médicales**, la date de la prise d'effet de la garantie est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'acceptation (avec ou sans réserve) du médecin conseil ou de la Mutuelle. Le cachet de la poste fait foi.

Dans le cas où l'adhérent souhaiterait une date d'adhésion ultérieure, la date de la prise d'effet de la garantie interviendra au plus tard le 1^{er} jour du 3^{ème} mois entre l'envoi du questionnaire de santé et la date de l'acceptation de l'adhésion.

Pour toutes les adhésions quelles que soient les formalités d'adhésions, toute réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent entraîne la nullité de l'adhésion.

La date de prise d'effet du versement des prestations est en principe la même que la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas :

■ **De délai de stage** : il s'agit de la période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, ou s'applique de manière limitée, bien que l'adhérent cotise. Sous réserve de l'encaissement effectif des premières cotisations par la Mutuelle, la date d'effet de l'adhésion est le point de départ pour le calcul du délai de stage. **Les éventuels délais de stage sont mentionnés dans le tableau de garantie.**

■ **De délai de franchise** : il s'agit de la période suivant la date du sinistre pendant laquelle la prestation n'est pas encore due par la Mutuelle. Pour autant, les cotisations doivent être payées pour ouvrir droit aux prestations dues après le délai de franchise. Le délai de franchise est constitué de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail. **Le délai de franchise retenu par l'adhérent est mentionné dans le bulletin d'adhésion.**

ARTICLE 7 : RENOUVELLEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Article 7-1 : Renouvellement

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période civile prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. Le règlement mutualiste se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf en cas de résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification concernant sa situation professionnelle, notamment en cas de changement d'employeur. Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

Article 7-2 : Modification de garantie

L'adhérent ne doit pas être en arrêt de travail au jour de sa demande de changement de formule et/ou de garantie.

La demande de changement de formule ou du niveau de prestation à la baisse peut être adressée à tout moment pour une prise d'effet le 1^{er} jour du mois suivant. En cas d'envoi postaux, le cachet de la poste fait foi.

La demande de changement de formule ou du niveau de prestation à la hausse doit être adressée avant le 31 octobre de l'année en cours. Le changement du niveau de prestation d'une garantie à la hausse ne sera effectif qu'à l'issue d'un stage de 12 mois à compter de la date de demande. Par conséquent, en cas de réalisation d'un dommage pendant la période de stage, le montant de l'indemnisation sera déterminé en fonction des garanties souscrites précédemment au changement de garantie.

Concernant le changement de formule à la hausse, l'adhérent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le questionnaire médical remis par la Mutuelle, puis le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. **L'ajout effectif de garantie est subordonné à l'acceptation du médecin conseil de la Mutuelle.** En cas de refus du médecin conseil, seules les garanties précédemment souscrites pourront faire l'objet d'une prestation.

■ **Concernant la modification de l'option Maintien de Primes (à la hausse ou à la baisse)**

Pendant toute la durée de l'adhésion, l'adhérent a la possibilité d'ajouter, de modifier, ou de supprimer l'option Maintien de Primes, à effet du 1^{er} jour du mois suivant la demande, uniquement en cas de :

- > **Changement de collectivité impactant le maintien employeur du régime indemnitaire ;**
- > **Changement du maintien employeur dans le cadre du régime indemnitaire ;**
- > **Changement de catégorie de l'agent.**

Un justificatif de changement de situation devra être remis à la Mutuelle. **Pour toute autre motif entraînant une modification de l'option primes, la demande doit être adressée avant le 31 octobre de l'année en cours pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.**

Pour modifier l'option Maintien de Primes à la hausse, l'adhérent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le questionnaire médical remis par la Mutuelle, puis le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. Le médecin conseil pourra alors :

- > Accepter la modification,
- > Refuser la modification.

■ **Questionnaire médical**

Le cas échéant, lorsque la Mutuelle demande à l'adhérent de remplir ou faire remplir par son médecin traitant un questionnaire médical, l'adhérent doit le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

La Mutuelle pourra, le cas échéant, refuser ce changement de garantie ou exclure du champ des garanties de nouvelles pathologies. En cas d'acceptation, un bulletin d'adhésion modificatif indiquant la date de prise d'effet de la demande, devra être signé par l'adhérent. En tout état de cause, en cas de demande de modification de garantie par courrier, le cachet de la poste fera foi pour déterminer la date de la demande.

Les présentes règles encadrant les modifications de garantie ne font pas obstacles aux dispositions du règlement mutualiste portant sur la résiliation de l'adhésion.

L'adhérent devra renvoyer à la Mutuelle le formulaire prévu à cet effet à l'adresse postale suivante :

Solimut Mutuelle de France

Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Article 7-3 : Résiliation

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, la demande de résiliation doit être adressée avant le 31 octobre de l'année en cours. Si la demande est adressée par courrier, le cachet de la poste fait foi. La résiliation de l'adhésion prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande. Votre couverture perdura donc jusqu'au 31 décembre inclus.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de l'article L221-17 du Code de la mutualité et de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

En cas de décès de l'adhérent, la résiliation prend effet le lendemain du jour du décès. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage, dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste, à rembourser aux personnes concernées la partie de la cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « Remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION

Article 8-1 : Vente à distance

Est qualifiée de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

En pratique, il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut manifester son opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle transmet à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, l'adhérent a le droit de demander de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, l'adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification ; ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- > Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- > Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

> Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

> Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature.

■ Les effets du droit de renonciation

Le règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

■ Modalité d'exercice :

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

> Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

> Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

«Je soussigné (Nom, prénom) ... demeurant (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance n°..... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut Mutuelle de France, et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature».

■ Les effets du droit de renonciation

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine

Conformément à l'article L223-8 du code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à une couverture ayant au moins une garantie qui dépend de la durée de la vie humaine, quel que soit le mode d'adhésion. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification et n'entraîne pas de pénalités. Ce délai commence à courir le jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature.

■ Les effets du droit de renonciation

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'ensemble des garanties défini au présent règlement mutualiste a été fixé compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet. Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique de la garantie de protection sociale complémentaire, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance de l'adhérent. Chaque garantie peut être modifiée à tout moment dans les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle.

TITRE 2. COTISATIONS

ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues par les statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste est inclus dans la cotisation.

Le montant des cotisations est mentionné au bulletin d'adhésion. La cotisation sera appelée différemment selon l'éventuel mode de participation de l'employeur. En cas d'adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article « Révision des cotisations » du présent règlement mutualiste.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion. Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

La cotisation est calculée sur le Traitement de Référence Brut (TRB). Le TRB est constitué du Traitement Indiciaire Brut (TIB) et de la Nouvelle Bonification Indiciaire Brut (NBIB). Elle est toujours appelée sur le traitement plein, y compris lorsque l'agent est en demi-traitement pour raison médicale.

Si la Collectivité maintient le régime indemnitaire (RIB), tel que défini à l'article 18.2 du présent règlement mutualiste, dans les mêmes conditions que la rémunération en cas d'arrêt de travail, l'agent peut ajouter cette garantie optionnelle et la cotisation sera alors calculée sur le TIB+NBIB+RIB. Dans tous les autres cas, il convient de se reporter au tableau « Couverture de la perte du régime indemnitaire ».

De plus, les taux de cotisations sont établis notamment en fonction des éléments suivants :

- > **La tranche d'âge** : L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent. Il est entendu qu'au cours de l'adhésion le montant des cotisations peut évoluer en fonction de l'âge. Le montant des cotisations, établi par tranche d'âge, est révisable, en fonction de l'évolution démographique et des résultats de l'ensemble des contrats individuels.
- > **Le niveau de garantie ainsi que les éventuelles options.**

Le montant de la cotisation est calculé à partir de la date d'effet de l'adhésion.

Le traitement de référence servant de base à la prestation perte de retraite ne comportant pas le régime indemnitaire, la cotisation correspondant à cette garantie ne sera donc pas appelée sur le régime indemnitaire.

ARTICLE 12 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre. De plus, la cotisation peut être acquittée par chèque annuellement sans fractionnement possible. Si l'adhérent choisit de régler les cotisations par prélèvement automatique bancaire, le compte bancaire devra être domicilié en France.

Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le bulletin d'adhésion. Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros (€).

ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'évolution démographique, les résultats et l'équilibre technique du règlement mutualiste, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

En cas de résiliation en cours d'année telle que prévue à l'article « Renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion », la part de cotisations correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglée, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants, et dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que le règlement mutualiste n'est pas un produit de placement. Ainsi, il n'existe aucun lien entre le montant de la prestation souscrite et les cotisations versées.

ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure);
- D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

TITRE 3. DÉFINITION DU TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE

ARTICLE 17 : TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE

Le traitement de référence permet de déterminer la base de calcul des cotisations et des prestations. Le traitement varie :

- Selon que l'adhérent soit agent de droit public, ou agent de droit privé ;
- Et si l'option « Maintien de primes » a été souscrite, en fonction du mode d'indemnisation du régime indemnitaire choisi par l'adhérent.

En tout état de cause le traitement de référence prend en compte uniquement les rémunérations versées par l'employeur mentionné sur le bulletin d'adhésion.

NB : le traitement de référence brut ne comprendra la couverture du régime indemnitaire choisi que dans le cadre des formules 2, 3,4, 5 et 6 et si l'option Maintien de primes a été choisie par l'adhérent (franchise et pourcentage d'indemnisation du Régime indemnitaire).

Article 17.1 : Pour les agents de droit public

■ Base de calcul des cotisations : Traitement de Référence Brut

Le Traitement de Référence Brut (TRB) est la somme des éléments de rémunération suivants :

- > Traitement Indiciaire Brut (TIB) ;
- > Nouvelle Bonification Indiciaire Brute (NBIB : Majoration indiciaire octroyée par l'employeur public lorsque le poste de l'agent ouvre droit à la NBI) ;
- > Régime Indemnitaire Brut (RIB) si l'option « Maintien de primes » a été souscrite.

Les cotisations sont toujours calculées et appelées sur la totalité du Traitement de Référence Brut, **y compris lorsque l'agent, en arrêt de travail, ne perçoit qu'un demi-traitement de sa collectivité employeur.**

■ Base de calcul des prestations : Traitement de Référence Net

Le Traitement de Référence Net (TRN) est la somme des éléments de rémunération suivants :

- > Traitement Indiciaire Net (TIN) ;
- > Nouvelle Bonification Indiciaire Nette (NBIN) ;
- > Régime Indemnitaire Net (RIN) si l'option « Maintien de primes » a été souscrite.

L'adhérent doit choisir le mode d'indemnisation en fonction des règles fixées par sa collectivité employeur portant notamment sur la franchise, et du pourcentage du maintien du régime indemnitaire qu'il a choisi conformément à l'article « Option maintien de primes : régime indemnitaire ».

L'assiette servant de base au calcul des prestations correspond au Traitement de Référence Net, tel que défini ci-dessus, que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité à la date de mise en jeu de la garantie.

Article 17.2 : Pour les agents de droit privé

■ Base de calcul des cotisations

Le Traitement de Référence Brut de l'adhérent correspond à sa rémunération brute annuelle. La rémunération peut être reconstituée sur 12 mois lorsque l'adhérent n'a pas 12 mois d'ancienneté. Les cotisations sont toujours calculées et appelées sur la totalité du Traitement de Référence Brut, y compris lorsque l'agent, en arrêt de travail, ne perçoit qu'un demi-traitement de sa collectivité employeur ou les indemnités journalières de son régime obligatoire d'Assurance Maladie.

■ Base de calcul des prestations

Le traitement de référence net correspond au salaire net de l'agent de droit privé. L'assiette servant de base au calcul des prestations correspond au Traitement de Référence Net, tel que défini ci-dessus, que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité à la date de mise en jeu de la garantie.

TITRE 4. GARANTIES

ARTICLE 18 : DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'adhérent bénéficie des garanties et des options indiquées sur son bulletin d'adhésion, pour lesquelles il paye des cotisations.

Article 18-1 : Incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire)

Cette garantie permet à l'adhérent de pallier la perte de revenus consécutive à une incapacité temporaire totale de travail dont le premier jour d'arrêt de travail indemnisable par la Mutuelle est survenu pendant la période d'assurance.

Sera considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, tout adhérent en activité effective qui est dans l'obligation, reconnue par la Mutuelle, de cesser toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté.

La Mutuelle ne prend pas en charge les incapacités temporaires découlant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle imputables au service.

La Mutuelle viendra **exclusivement** compléter la part de rémunération versée par l'employeur public, par le régime général d'Assurance Maladie dont dépend l'adhérent, et/ou par tout autre organisme assureur.

La Mutuelle interviendra pendant 90 jours continus dans le cadre des dispositions du décret n° 2011-1245 du 5 octobre 2011 lorsque, à l'issue du congé de maladie de l'adhérent, il perçoit un demi-traitement pendant la durée de la procédure requérant l'avis du Conseil Médical en formation restreinte ou plénière. La Mutuelle complétera le paiement du demi-traitement maintenu dans l'attente de la décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite. La durée d'indemnisation de 90 jours continus sera décomptée de la durée maximale d'indemnisation de 1095 jours, tous risques confondus.

En cas de mise en disponibilité d'office, la Mutuelle complétera les indemnités de coordination perçues par l'agent dans les limites prévues au a) du présent article. La Mutuelle n'intervient pas dans le cadre d'une disponibilité d'office n'entraînant pas le versement d'indemnités de coordination. La durée de cette indemnisation sera décomptée de la durée maximale d'indemnisation de 1095 jours, tous risques confondus.

La prestation est servie mensuellement, à terme échu, en relais de celles prévues par le statut de la Fonction publique territoriale.

a) Délai de carence

Le délai de carence s'entend comme la période qui court entre le premier jour de l'arrêt de travail et le premier jour d'indemnisation de l'adhérent par son employeur.

Conformément à l'article 115 de la Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017, la Mutuelle n'interviendra pas le premier jour de l'arrêt de travail. Par conséquent, l'adhérent bénéficie du versement des prestations Incapacité Temporaire totale de Travail à compter du deuxième jour de l'arrêt de travail.

Cependant, ce délai de carence ne s'applique pas, dans les cas suivants :

- > Lorsque l'adhérent n'a pas repris le travail plus de 48 heures entre deux congés maladie pour la même cause,
- > Concernant les congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie,
- > Concernant les congés de maladie accordés dans les 3 ans après un 1^{er} congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée (ALD).

■ Concordance entre le délai de carence et le délai de franchise

La franchise est la période contractuelle pendant laquelle la prestation n'est pas encore due par la Mutuelle. Pour autant les cotisations doivent être payées pour ouvrir droit aux prestations dues après le délai de franchise.

Si la couverture prévoit un délai de franchise, le délai ne partira qu'à compter de l'expiration du délai de carence. Il faut donc par conséquent ajouter le délai de carence au délai de franchise afin de déterminer le premier jour d'indemnisation.

■ Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :

- > En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu jusqu'au 365^{ème} jour continu ou discontinu ;
- > En cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année ;
- > En cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^{ème} année jusqu'à la fin de la 5^{ème} année ;
- > En cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6^{ème} année jusqu'à la fin de la 8^{ème} année ;
- > En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie et pour une durée maximale d'un an.

■ Agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :

- > En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour continu ou discontinu ;
- > En cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année ;
- > En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires et stagiaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie et pour une durée maximale d'un an.

■ Agents non titulaires affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC

En cas de maladie ordinaire :

- > Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et moins de 2 ans : à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'agent subit une perte de salaire ;
- > Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et moins de 3 ans : à compter du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
- > Pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.

En cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

■ Agents non titulaires de droit privé affiliés à l'IRCANTEC relevant du régime général de la Sécurité sociale

En cas de Maladie :

- > Agent ayant une ancienneté de 0 à moins d'1 an : à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 1 an à 5 ans : à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 6 ans à 10 ans : à partir du 41^{ème} jour d'arrêt de travail ;

- > Agent ayant une ancienneté de 11 ans à 15 ans : à partir du 51^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 16 ans à 20 ans : à partir du 61^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 21 ans à 25 ans : à partir du 71^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 26 ans à 30 ans : à partir du 81^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 31 ans et plus : à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail.

Pour ces agents, la Mutuelle intervient en complément de la CPAM pour une durée maximale de 1095 jours.

■ Agents embauchés en parcours emploi compétences

Les agents de droit privé, embauchés en parcours emploi compétences, peuvent demander leur adhésion et bénéficier des prestations prévues par la présente couverture.

L'intervention de la Mutuelle se fera en complément et en relais des obligations de l'employeur et dans les conditions de la Loi de mensualisation dont les principes sont repris ci-dessous, avec une dérogation pour les agents comptant moins d'un an d'ancienneté à la date de l'arrêt de travail.

Obligations de l'employeur en cas d'arrêt pour maladie ou accident de la vie privée

Ancienneté dans l'entreprise	Maintien du salaire à hauteur de 90%	Maintien du salaire à hauteur de 66.66%
- de 1 ans	Néant	Néant
1 à 6 ans	30 jours (du 8 ^{ème} au 38 ^{ème} jour)	30 jours (du 39 ^{ème} au 69 ^{ème} jour)
6 à 11 ans	40 jours (du 8 ^{ème} au 48 ^{ème} jour)	40 jours (du 49 ^{ème} au 89 ^{ème} jour)
11 à 16 ans	50 jours (du 8 ^{ème} au 58 ^{ème} jour)	50 jours (du 59 ^{ème} au 109 ^{ème} jour)
16 à 21 ans	60 jours (du 8 ^{ème} au 68 ^{ème} jour)	60 jours (du 69 ^{ème} au 129 ^{ème} jour)
21 à 26 ans	70 jours (du 8 ^{ème} au 78 ^{ème} jour)	70 jours (du 79 ^{ème} au 149 ^{ème} jour)
26 à 31 ans	80 jours (du 8 ^{ème} au 88 ^{ème} jour)	80 jours (du 89 ^{ème} au 169 ^{ème} jour)
31 ans et +	90 jours (du 8 ^{ème} au 98 ^{ème} jour)	90 jours (du 99 ^{ème} au 189 ^{ème} jour)

Par dérogation à la Loi de mensualisation et dans un souci d'équité, la Mutuelle prendra en charge l'indemnisation des agents comptant moins d'un an d'ancienneté à la date de l'arrêt de travail, en les assimilant aux agents contractuels de droit public, dans les conditions suivantes :

- **Moins de 4 mois d'ancienneté** : pas d'intervention de la Mutuelle ;
- **Entre 4 mois et moins d'1 an d'ancienneté** : la Mutuelle interviendra à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
- **À compter d'1 an d'ancienneté** : la Mutuelle interviendra en complément et en relais des dispositions de la Loi de mensualisation du 19 janvier 1978, rappelées dans le tableau ci-dessus, sans se substituer aux obligations de l'employeur.

b) Montant de la prestation

Le montant de la prestation varie selon le niveau de garantie choisi par l'adhérent, et d'autre part, selon que l'adhérent est agent de droit public à temps complet ou non, ou bien agent à temps partiel ; ou agent de droit privé.

■ Cas des agents de droit public à temps complet ou non et à temps partiel :

L'indemnité journalière versée par la Mutuelle correspond au 1/360^{ème} du TRN (hors option « maintien de primes ») multiplié par le niveau de couverture choisi par l'adhérent et sous déduction du traitement versé par l'employeur, ainsi que de la contribution sociale généralisée et de la contribution à la réduction de la dette sociale.

Pour les agents à temps non complet ou partiel : les prestations versées par la Mutuelle seront proratisées en fonction du temps de travail effectué évalué à la date de l'acceptation de la mise en jeu de la garantie par la Mutuelle.

■ Cas des agents de droit privé :

L'indemnité Journalière versée par la Mutuelle correspond au 1/365^{ème} du Traitement de Référence Net TRN (hors primes) multiplié par le niveau de couverture choisi par l'adhérent et sous déduction de l'éventuelle part de salaire versée par l'employeur, des prestations du régime général de la Sécurité sociale, et de toutes autres prestations de complément de revenu dont bénéficierait l'adhérent, ainsi que de la contribution sociale généralisée et de la contribution à la réduction de la dette sociale.

■ Droits rétablis :

En cas de rétablissement du plein traitement par l'employeur, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque le bénéficiaire est placé en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de maladie de longue durée (CLD), les indemnités versées par la Mutuelle doivent lui être remboursées intégralement par l'adhérent.

c) Prise en compte de l'évolution de la situation de l'agent

Pour les agents de droit privé, la Mutuelle réajustera le montant de la prestation due afin de tenir compte de l'évolution du grade, de l'échelon, de l'indice et éventuellement du régime indemnitaire de l'adhérent si l'option a été souscrite. Ces paramètres ne seront donc pas figés à la date du premier règlement de prestation par la Mutuelle.

Article 18-2 : Option maintien de primes (régime indemnitaire)

Le régime indemnitaire correspond au régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel dans la fonction publique de l'État tel que défini par le décret n°2014-513 du 20 mai 2014.

Le niveau de l'option « maintien de primes », choisi par l'adhérent, ne peut être supérieur au niveau de garantie de la formule de base. Cette option ne peut pas être souscrite dans le cadre de la formule 1 du présent Règlement Mutualiste.

L'option maintien de primes, n'est pas versée dans le cadre des arrêts de travail découlant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

■ Si la collectivité employeur de l'adhérent maintient le régime indemnitaire

Le régime indemnitaire est maintenu dans les mêmes conditions que la rémunération pendant les congés de Maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée et la mise en disponibilité d'office.

Le régime indemnitaire est également maintenu dans les mêmes conditions que la rémunération si l'adhérent bénéficie de la prestation invalidité du présent Règlement Mutualiste.

Au moment du versement du capital décès/ perte totale et irréversible de l'autonomie, le régime indemnitaire est pris en compte pour le calcul de la prestation.

Si les primes sont maintenues en intégralité pendant les périodes de plein traitement et réduites de moitié pendant les périodes à demi-traitement, la Mutuelle n'interviendra qu'à compter du passage à demi traitement. En tout état de cause, la Mutuelle limite son intervention à hauteur de 50% du montant de ces primes.

Les pourcentages de maintien du régime indemnitaire proposés sont les suivants :

- > 40% du régime indemnitaire net ;
- > 45% du régime indemnitaire net ;
- > 50% du régime indemnitaire net.

Pour les fonctionnaires :

en cas de congé de maladie ordinaire, la Mutuelle n'interviendra que lors des 9 mois pendant lesquels le régime indemnitaire est réduit de moitié. Le maintien de primes n'est pas dû en cas de congés d'accident de service et de maladie professionnelle, et concernant les congés de maternité, d'adoption et de paternité.

Pour les agents non titulaires :

- > Congés de maladie ordinaire : la Mutuelle n'interviendra pas tant qu'il y a plein traitement et maintien intégral du régime indemnitaire (selon l'ancienneté de l'agent), mais elle interviendra dès le passage à demi traitement (selon l'ancienneté de l'agent) ;
- > Autres congés (congés d'accident de service et de maladie professionnelle, et congés de maternité, d'adoption et de paternité) : la Mutuelle n'interviendra pas puisqu'il y a maintien intégral du régime indemnitaire pendant toute la durée du congé.

Pendant les congés de longue maladie et de longue durée, pour les fonctionnaires, et les congés de grave maladie, pour les fonctionnaires à temps non complet relevant du régime général et les agents non titulaires, et où il n'y a pas de maintien du régime indemnitaire par la Collectivité employeur ; la prestation versée par la Mutuelle sera en tout état de cause limitée à 50% du régime indemnitaire de base.

NB : la Mutuelle ne versera la prestation due que pour une période maximale de 1095 jours continus d'arrêt de travail.

- Si la collectivité employeur supprime le régime indemnitaire pendant les absences pour raison de santé

La Mutuelle versera, à l'issue du délai de franchise choisi par l'adhérent et mentionné sur son bulletin d'adhésion, la prestation correspondant au 1/360ème du Régime Indemnitaire Net qu'aurait dû percevoir l'agent auquel est appliqué le pourcentage de maintien du régime indemnitaire choisi par l'adhérent, ce **pour une durée maximale de 1 095 jours continus d'arrêt de travail.**

En cas d'instauration d'un délai de franchise, le délai ne partira qu'à compter de l'expiration du délai de carence. Il convient donc d'ajouter le délai de carence au délai de franchise afin de déterminer le premier jour d'indemnisation.

L'adhérent a le choix entre les franchises suivantes :

- >10 jours continus d'arrêt de travail,
- >45 jours continus d'arrêt de travail,
- >90 jours continus d'arrêt de travail.

Les pourcentages de maintien du régime indemnitaire proposés sont les suivants :

- >50% du régime indemnitaire net,
- >90% du régime indemnitaire net,
- >95% du régime indemnitaire net,
- >100% du régime indemnitaire net.

Article 18-3 : Invalidité permanente

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente à l'adhérent.

■ L'adhérent relève du statut de la Fonction publique territoriale

L'adhérent doit avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents et avoir été reconnu par la Mutuelle comme étant en état d'invalidité.

L'invalidité est définie selon les critères suivants :

- > L'état de santé doit être définitif, consolidé et doit empêcher l'agent d'exercer ses fonctions ;
- > L'adhérent doit avoir un taux d'invalidité reconnu par la CNRACL supérieur ou égal à 30%.

La décision des organismes compétents n'est pas opposable à la Mutuelle. Ainsi la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer un contrôle sur le taux d'invalidité fixé par les organismes compétents dans les conditions prévues à l'article « Contrôle médical » du présent Règlement Mutualiste.

L'origine de l'invalidité peut être soit une maladie soit un accident de la vie privée. En cas d'invalidité causée par un accident du travail ou une maladie professionnelle imputable au service :

- > **Aucune rente ne sera versée si le taux d'invalidité de l'adhérent est inférieur à 33% ;**
- > **50% de la rente sera versée à l'adhérent si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 50% ;**
- > **L'intégralité de la rente sera versée à l'adhérent si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 50%.**

En tout état de cause, la prestation versée par la Mutuelle vient en déduction de la rente versée par la CNRACL, et le cas échéant de l'Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales.

■ L'adhérent relève du régime général de la Sécurité sociale

La prestation est versée à l'adhérent :

- > En cas d'invalidité causé par une maladie ou un accident de la vie privée, et d'un classement en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie ;

NB : l'invalidité 1^{ère} catégorie des agents de droit privé n'est pas couverte par le présent Règlement Mutualiste.

- > En cas d'incapacité permanente, dès lors que l'adhérent a :

- Un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33% et inférieur à 50%, dans ce cas, seul 50% de la rente sera versée par la Mutuelle ;
- Un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 50%.

NB : Aucune rente ne sera versée si le taux d'invalidité de l'adhérent est inférieur à 33%.

L'incapacité permanente est une réduction définitive de la capacité de travail en raison d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, reconnue par la Sécurité sociale. L'adhérent bénéficiera du versement de la rente s'il remplit les deux conditions cumulatives suivantes :

- > L'état de santé de l'adhérent doit être définitif, consolidé et l'empêcher d'exercer ses fonctions ;
- > Il perçoit de son régime obligatoire une rente au titre de l'invalidité 2ème ou 3ème catégorie, ou au titre de l'incapacité permanente.

Pour l'ensemble des adhérents, la prestation est servie mensuellement à terme échu. Le versement de la prestation est conditionné au respect des règles de cumul prévues à l'article « Montant des prestations » du présent règlement mutualiste.

La Mutuelle versera la rente, le cas échéant, à compter du jour du versement de la pension CNRACL ou de l'entrée en jouissance de la pension d'invalidité, et après épuisement des droits statutaires maladie.

Article 18-4 Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente

Cette garantie, qui ne peut être souscrite que par les agents CNRACL, a pour objet le versement d'une rente mensuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'adhérent en cas d'invalidité permanente, telle que définie à l'article « Garantie invalidité permanente », et survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

Elle ne peut être souscrite que si la garantie Invalidité a elle-même été souscrite.

Le montant de la prestation est revalorisé annuellement en fonction de la valeur du point de la Fonction publique territoriale.

La prestation sera versée à compter de la cessation du versement de rente invalidité telle que définie à l'article « Garantie invalidité permanente » du présent règlement Mutualiste.

Article 18-5 Capital Décès / Perte Totale et Irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie est définie comme l'infirmité complète, empêchant définitivement l'adhérent de se livrer à quelque activité que ce soit et l'obligeant en outre à recourir pendant toute son existence à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Pour bénéficier d'un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, ces conditions doivent être réunies :

- > Avant la liquidation effective de la pension de retraite de l'agent ;
- > À défaut, avant que l'agent ait atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Le versement anticipé du capital prévu en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie Décès.

La garantie décès a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de la personne couverte au(x) bénéficiaire(s). **Cette prestation n'est versée qu'en cas de décès intervenant lorsque la présente couverture est en vigueur. Les cotisations versées au titre des garanties décès sont susceptibles d'être supérieures au montant des prestations (capital ou rente) garanties, il ne s'agit pas d'un produit de placement. La cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice de la prestation sans possibilité de rachat ni de réduction, la garantie décès étant à fonds perdus.**

Si l'adhérent relève du statut de la Fonction publique territoriale, pour pouvoir bénéficier de la prestation, le décès doit survenir :

- > Avant la liquidation effective de la pension de retraite de l'agent ;
- > À défaut, avant que l'agent ait atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Si l'adhérent est affilié au régime général de la Sécurité sociale, pour pouvoir bénéficier de la prestation, le décès doit survenir :

- > Avant la liquidation effective de la pension de retraite de l'agent ;
- > À défaut, avant que l'agent ait atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Désignation de bénéficiaire par défaut :

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'adhérent notifiée à la Mutuelle, ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- > Au conjoint marié civilement à l'adhérent et non séparé de corps judiciairement ;
- > À défaut au partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.) ;

- > À défaut aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, par parts égales entre eux ;
- > À défaut aux père et mère de l'adhérent par parts égales entre eux, ou en cas de décès de l'un des deux, au survivant pour la totalité ;
- > À défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Clause de désignation particulière :

L'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par défaut. Pour ce faire, il devra remplir le formulaire prévu à cet effet.

En outre, la désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous-seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation particulière du (ou des) bénéficiaire(s), l'adhérent est invité à renseigner la qualité (lien de parenté), et les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par la Mutuelle à la suite de son décès afin de verser la prestation.

L'adhérent a la possibilité :

- > De répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires en indiquant le pourcentage de répartition ;
- > D'établir un rang de priorité parmi les bénéficiaires, en indiquant l'ordre de priorité.

À défaut de répartition et de rang, le capital sera réparti à parts égales entre les bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires, c'est-à-dire s'il décède antérieurement à l'adhérent, le capital est réparti à parts égales aux bénéficiaires du même rang de priorité, ou à défaut au rang suivant de priorité. En cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause de désignation par défaut ci-dessus s'appliquera. Les mêmes règles sont applicables en cas de désignations nulles.

Modification :

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'adhérent peut modifier à tout moment sa désignation de bénéficiaire afin que la désignation effectuée corresponde toujours à ses souhaits au cours de son adhésion.

En effet, les changements d'état civil (divorce, rupture de PACS...) n'annulent pas la désignation de bénéficiaire, lorsque le bénéficiaire est expressément nommé. Cependant la désignation sera nulle en cas de séparation si la désignation était uniquement qualitative et non nominative, si la personne désignée n'avait pas accepté la désignation. Par conséquent, le versement de la prestation sera effectué à la personne désignée d'un rang inférieur. À défaut de personne désignée en rang inférieur, la prestation sera versée selon les règles de désignation par défaut.

Acceptation du bénéficiaire :

La désignation de bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut être faite par avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'adhérent et le bénéficiaire. L'acceptation n'a alors d'effet sur la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Cas particulier de l'adhérent mineur non émancipé :

En cas de décès d'un adhérent mineur non émancipé, le capital est versé aux héritiers. La Mutuelle ne peut pas prendre en compte une désignation particulière de bénéficiaire effectuée par un adhérent mineur.

ARTICLE 19 : GARANTIE EN INCLUSION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif

est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par la présente garantie sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

ARTICLE 20 : TERRITORIALITÉ

Les garanties du présent règlement mutualiste s'appliquent dans le monde entier pour les séjours à l'étranger inférieurs à trois mois. Au sein des pays membres de l'Union européenne, le versement des garanties sera dû, quelle que soit la durée du séjour.

Concernant les garanties incapacité et invalidité, le versement par la Mutuelle des prestations est conditionné au versement de prestations par le régime obligatoire français, y compris lorsque le fait générateur s'est déroulé en dehors du territoire français.

Les prestations sont toujours payées en Euros (€), quel que soit le lieu où s'est réalisé le dommage.

ARTICLE 21 : RISQUES EXCLUS

Article 21-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste :

- > **Les conséquences directes ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeute ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ;**
- > **Les conséquences de rixe, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;**
- > **Les conséquences de la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ;**
- > **Les risques résultants de la participation à des courses, compétitions ou essais préparatoires comportant l'utilisation d'un véhicule ou d'une embarcation à moteur ainsi que toutes tentatives de records ;**
- > **Les risques résultants d'accidents de navigation ou conduite par un pilote ne possédant pas pour l'appareil utilisé de brevet ou de licence en cours de validité ;**
- > **Les conséquences de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet condamnation pénale ;**
- > **Les accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent, et ceux qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation ;**
- > **Les accidents ou affections survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion.**

Article 21-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties

Concernant les garanties décès et PTIA, est exclu, en sus, des exclusions prévues à l'article 21-1 du présent règlement, le suicide au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion de la garantie, ou l'augmentation de la garantie. En cas d'augmentation de la garantie, seule de la part de la prestation correspondant à l'augmentation est concernée par la présente exclusion.

ARTICLE 22 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS

Le présent Règlement Mutualiste ne prend pas en charge les risques en cours. L'adhérent ne devra pas être en arrêt de travail au moment de l'adhésion. Les risques en cours au moment de la modification du règlement mutualiste seront pris en charge selon les règles de l'ancien règlement mutualiste.

ARTICLE 23 : CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion cessera :

- > En cas de renonciation de l'adhésion conformément à l'article « Renonciation » ;
- > En cas de résiliation de l'adhésion ;
- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article « Défaut de paiement » ;
- > En cas de non poursuite d'une activité professionnelle auprès d'un employeur mentionné au bulletin d'adhésion impliquant un changement de statut ;
- > En cas de liquidation de la pension vieillesse par le régime obligatoire de base de l'adhérent et, au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite.
- > En cas de décès de l'adhérent.

La Mutuelle invite l'adhérent à être vigilant lorsqu'il remplit les critères de cessation du versement des prestations pour l'ensemble des garanties prévues par la garantie souscrite, afin d'en informer la Mutuelle.

La cessation de l'adhésion entraîne la perte du bénéfice des prestations sans possibilité de rachat ni de réduction, ces garanties étant à fonds perdus.

TITRE 5. PRESTATION

ARTICLE 24 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est indiqué dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite. Le tableau de garantie peut également prévoir des options. Elles ne sont opposables à la Mutuelle que si l'adhérent y a souscrit. Leur souscription est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le montant de la prestation versée par la Mutuelle, augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité sociale ou tout autre somme versée par quelque organisme que ce soit, et des éventuels autres revenus professionnels, ne pourra excéder le niveau d'indemnisation :

- > du Traitement Indiciaire Net et Nouvelle Bonification Indiciaire Nette choisis par l'adhérent indépendamment du régime indemnitaire choisi concernant la garantie incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire) ;
- > du Traitement de Référence Net concernant l'option maintien de primes (régime indemnitaire) si la collectivité employeur de l'adhérent maintient le régime indemnitaire dans les conditions énoncées au sein du présent règlement mutualiste ;
- > du Traitement Indiciaire Net et Nouvelle Bonification Indiciaire Nette choisis par l'adhérent concernant l'option maintien de primes (régime indemnitaire) si la Collectivité employeur supprime le régime indemnitaire pendant les absences pour raison de santé ;
- > du Traitement Indiciaire Net et Nouvelle Bonification Indiciaire Nette choisis par l'adhérent concernant la garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente. Pour rappel, le traitement de référence servant de base à la prestation ne comporte pas le régime indemnitaire.

Concernant la garantie invalidité permanente :

Le montant mensuel de la prestation versée par la Mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité sociale ou tout autre somme versée par quelque organisme que ce soit, et des éventuels autres revenus professionnels, ne pourra excéder le niveau d'indemnisation du Traitement de Référence Net. En cas de souscription de l'option Maintien de primes (régime indemnitaire), le Traitement de Référence comprend le régime indemnitaire.

ARTICLE 25 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite, dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

Les prestations sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées, hors éventuels délais bancaires. Le cas échéant, l'éventuel règlement des prestations peut être remis en cause en fonction des résultats des contrôles médicaux diligentés par la Mutuelle.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire français de l'adhérent ou le cas échéant de son représentant légal. Par exception, le règlement des capitaux décès s'effectue par chèque bancaire.

Article 25-1 Incapacité, invalidité

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », les prestations portant sur l'indemnisation d'une incapacité, ou d'une invalidité, sont payables mensuellement à terme échu.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou le cas échéant de son représentant légal.

Article 25-2 Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

En cas de décès, la Mutuelle verse le capital au(x) bénéficiaire(s) conformément au paragraphe « Décès » de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, le capital décès peut être versé par anticipation, et met fin à la garantie décès.

Article 25-3 Prélèvements à la source

Au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par la Mutuelle, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation lorsque cette prestation est versée directement à l'adhérent.

ARTICLE 26 : REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE

La revalorisation des prestations en cours de service concerne uniquement les garanties arrêt de travail (incapacité et invalidité). La revalorisation s'opère chaque 1^{er} janvier en fonction de la valeur du point de la Fonction publique.

ARTICLE 27 : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les prestations en cas d'incapacité et d'invalidité sont des prestations indemnitaires. Ainsi, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations versées par l'employeur, par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu

supérieur pour l'adhérent, en arrêt de travail, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. Ainsi, le cas échéant la prestation pourra être minorée à hauteur du revenu que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité.

ARTICLE 28 : PIÈCES À FOURNIR / DÉLAIS DE TRANSMISSION

Article 28- 1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion

À l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, à savoir notamment :

- > Un document d'identité ;
- > Un relevé d'identité bancaire, d'un compte bancaire domicilié dans un État appartenant à la zone SEPA ;
- > Un mandat de prélèvement SEPA, en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire ;
- > Et toutes autres pièces nécessaires.

À défaut de la remise de l'intégralité des pièces nécessaires, l'adhésion ne peut prendre effet.

Article 28 -2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations

Les documents justificatifs demandés sont obligatoires afin d'obtenir le paiement de la Mutuelle. Toutefois, ils ne peuvent à eux seuls impliquer la délivrance de la prestation par la Mutuelle.

■ Incapacité Temporaire totale de Travail

- > L'attestation de passage à demi-traitement au titre du statut de la Fonction publique territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- > Une attestation émanant de l'employeur qui indique : la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité),
- > Les avis du Conseil Médical en formation restreinte ou plénière ou les arrêtés administratifs,
- > L'avis d'arrêt de travail initial et les éventuels arrêts de prolongation délivrés par un médecin, le journal des absences ;
- > Les photocopies des décomptes du régime obligatoire ;
- > Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Les bulletins de paie pour les périodes à demi-traitement et le dernier bulletin de paie à plein traitement ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ Invalidité (si garantie ou option souscrite)

En cas d'invalidité, ou de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- > L'avis d'imposition ;
- > La notification du régime de base ;
- > Le brevet des pensions ;
- > L'avis de la commission de réforme ;
- > Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Une attestation établie par l'employeur certifiant que le bénéficiaire a épuisé ses droits statutaires à congé de maladie ;
- > Un rapport médical circonstancié précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

Pour les agents relevant de la Fonction publique territoriale :

- > Un extrait de liquidation de la retraite pour invalidité CNRACL ;
- > Les bulletins de paiement émanant de la CNRACL.

Pour les agents relevant de la Sécurité sociale :

- > La notification d'attribution d'une rente invalidité ;
- > Les décomptes de paiement de la Sécurité Sociale ;
- > Toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

■ Perte de retraite

- > Un titre de pension de retraite,
- > Le premier bulletin de paiement de la CNRACL,
- > Le relevé de carrière,
- > Une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et à chaque début d'année,
- > Les justificatifs des autres caisses de retraite,
- > Toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

■ Perte totale et irréversible d'autonomie (si garantie ou option souscrite)

Si la garantie souscrite le prévoit, l'adhérent se trouvant dans cette situation et désirant bénéficier à ce titre du versement anticipé du capital décès pour cause de Perte Totale et Irréversible d'autonomie devra remplir, ou faire remplir, et adresser à la Mutuelle un formulaire type de demande de capital et fournir les pièces justificatives.

■ Décès (si garantie ou option souscrite) :

- > Le dernier bulletin de paie à plein traitement,
- > L'acte de décès ;
- > Le dernier avis d'imposition de l'agent ;
- > Un certificat médical précisant les causes du décès (nature accidentelle ou non) à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

Article 28-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

ARTICLE 29 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Des conditions supplémentaires quant à la durée maximum de l'indemnisation peuvent être mentionnées dans le tableau de garantie.

L'indemnisation de la garantie incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire), et le cas échéant de l'option maintien de primes (régime indemnitaire) cesse :

- > À la reprise d'activité de l'adhérent à temps plein ou temps partiel thérapeutique ;
- > À la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction publique territoriale ou par l'Assurance Maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale ;
- > À la date d'effet d'un congé parental ;
- > À la date d'effet d'une mise en disponibilité autre que pour raisons de santé ;
- > À la liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base de l'adhérent ;
- > À la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent ;
- > À l'âge légal de départ à la retraite ;

- > Au décès de l'adhérent ;
- > En cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'adhérent ;
- > En tout état de cause après que la prestation, pour tous les risques confondus, ait été servie de manière continue, pendant trois années, soit 1 095 jours.

L'indemnisation de la garantie invalidité permanente cesse :

- > Au jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle ;
- > Au jour de la liquidation de la pension de vieillesse de l'adhérent ;
- > À l'âge légal de départ à la retraite ;
- > Au jour du décès de l'adhérent.

En tout état de cause, le versement de l'ensemble des prestations cesse :

- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 16 « Défaut de paiement » ;
- > En cas de dénonciation de l'adhésion conformément à l'article 7-3 « Résiliation ».

L'indemnisation de la garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente cesse au jour du décès de l'adhérent.

La couverture de la garantie décès/ perte totale et irréversible d'autonomie cesse à compter du versement du capital. Pour rappel, le versement du capital au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie fait cesser la garantie décès.

En tout état de cause, le versement des prestations peut également cesser dans les conditions énoncées à l'article « Contrôle médical ».

ARTICLE 30 : PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle. En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

ARTICLE 31 : AVIS DES INSTANCES MÉDICALES

En l'absence de contrôle médical, pour le paiement des prestations, la Mutuelle se conformera strictement à l'avis de l'instance médicale (Conseil Médical en formation restreinte ou plénière ou autre instance officielle) qui aura statué sur le dossier de l'agent / adhérent, y compris en cas de décision contraire de la Collectivité employeur.

La décision des organismes compétents n'est pas opposable à la Mutuelle en cas de contrôle médical.

ARTICLE 32 : CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle peut effectuer tous les contrôles et enquêtes qu'elle jugera utiles, et ce quelle que soit la garantie.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin conseil de la Mutuelle et celles du Régime Obligatoire. À ce titre, les décisions du Régime obligatoire ne s'imposent pas à la Mutuelle. Par conséquent, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par elle, afin que soit apprécié son état de santé.

Les conclusions du médecin désigné par la Mutuelle détermineront si les prestations doivent être dues, maintenues, réduites voire supprimées, et ce, quelle que soit la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme. L'adhérent garde cependant toute possibilité de contestation.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin désigné par la Mutuelle, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin afin d'apprécier l'état de santé de l'adhérent.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du médecin arbitre seront à la charge de la Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin arbitre confirmerait le rejet de la demande de l'intéressé, les honoraires du médecin arbitre seront à la charge, pour moitié, de l'adhérent et de la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle ne versera pas les prestations :

- > En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ;
- > Lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la définition des garanties du présent règlement ;
- > En cas de refus de l'adhérent de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

TITRE 6. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES

ARTICLE 33 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE / FONDS DE SECOURS

En cas de grande difficulté, l'adhérent peut saisir le fonds social mutualiste géré par une commission de secours dans les conditions fixées par le règlement relatif au fonds social de la Mutuelle.

ARTICLE 34 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires contre les tiers responsables du sinistre ayant entraîné le versement par la Mutuelle des prestations.

À cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuelle intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

ARTICLE 35 : FAUSSE DÉCLARATION

Article 35-1 : Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leurs sont reprochées, et invités à fournir des explications. En fonction des informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle

ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite. 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 nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

Article 35-2 : Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- > Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- > Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 36 : RÉCLAMATION

La Mutuelle met à la disposition de ses adhérents et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Réclamations - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Ou à l'adresse email suivante :

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit, cependant en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

ARTICLE 37 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)

**255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15**

- Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur:
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximums de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées. L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 38 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- > en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- > en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- > la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- > la demande en justice (même en référé) ;
- > un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé. En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Lorsque le délai de prescription est dépassé, aucune prise en charge ne pourra couvrir la période dépassant le délai de prescription. La prise en charge couvrira toute la période antérieure à la demande jusqu'à l'expiration du délai de prescription.

ARTICLE 39 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du règlement mutualiste, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- > soit par mail à dpo.smf@solimut.fr
- > soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 40 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de cette relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société WORLDCOM, Service Bloctel, 1 place des Degrés, 92800 Puteaux, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 41 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ses obligations par la Mutuelle.

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- > De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droit, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique) ;
- > Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent;
- > En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- > En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2-2 du Code monétaire et financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

En cas de refus ou d'opposition de l'Adhérent du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

ARTICLE 42 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE :

Tableau des cotisations

Tableau de garantie

Nous contacter



▶ Par notre réseau d'agences :

Des conseillers disponibles et expérimentés à votre disposition dans nos 60 agences réparties sur 8 régions (coordonnées de nos agences sur notre site internet www.solimut-mutuelle.fr)



▶ Par téléphone :

En appelant le 04 42 18 02 50
Accueil téléphonique du lundi au vendredi



▶ Par Courrier :

Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents :
TSA 11346 - 13235 Marseille Cedex 02

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE PROTEC'TER NUANCES

Approuvé par le Conseil d'Administration du 19 octobre 2022

CERTIFIÉ CONFORME
La Présidente
Carole HAZÉ



Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS **SOLIDAIRES**

TABLE DES MATIÈRES

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	83
Article 1 : Cadre réglementaire/ raison sociale de la Mutuelle	83
Article 2 : Objet de la garantie	83
Article 3 : Conditions d'adhésion	83
Article 4 : Formalités d'adhésion	83
Article 5 : Population assurée	83
Article 6 : Prise d'effet de la garantie	83
Article 7 : Renouvellement, modification, suspension et résiliation de l'adhésion	84
Article 7-1 : Renouvellement	84
Article 7-2 : Modification de garantie	84
Article 7-3 : Résiliation	84
Article 8 : Droit de Renonciation	84
Article 8-1 : Vente à distance	84
Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance	85
Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile	85
Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine	85
Article 9 : Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle	86
TITRE 2. COTISATIONS	86
Article 10 : Montant des cotisations	86
Article 11 : Détermination des cotisations	86
Article 12 : Modalité de paiement des cotisations	86
Article 13 : Révision des cotisations	86
Article 14 : Remboursement des cotisations	86
Article 15 : Incident de paiement	86
Article 16 : Défaut de paiement	87
TITRE 3. DÉFINITION DU TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE	87
Article 17 : Traitement de référence	87
Article 17-1 : Pour les agents de droit public	87
Article 17-2 : Pour les agents de droit privé	87
TITRE 4. GARANTIES	88
Article 18 : Définitions des garanties	88
Article 18-1 : Incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire)	88
Article 18-2 : Invalidité permanente	89
Article 18-3 : Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente	90
Article 18-4 : Capital Décès / Perte Totale et Irréversible d'autonomie	90
Article 19 : Garantie en inclusion	91
Article 20 : Territorialité	91
Article 21 : Risques exclus	91
Article 21-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties	91
Article 21-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties	91
Article 22 : Risque en cours au moment de l'adhésion	91
Article 23 : Impact de la modification du Règlement Mutualiste sur les risques en cours	91
Article 24 : Cessation des garanties	91
TITRE 5. PRESTATION	91
Article 25 : Montant des prestations	91
Article 26 : Règlement des prestations	92
Article 26-1 : Incapacité, invalidité	92
Article 26-2 : Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	92
Article 26-3 : Prélèvements à la source	92
Article 27 : Revalorisation des prestations en cours de service	92
Article 28 : Principe indemnitaire	92
Article 29 : Pièces à fournir / délais de transmission	92
Article 29-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion	92
Article 29-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations	92
Article 29-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives	93
Article 30 : Cessation du versement des prestations	93
Article 31 : Prestations indues	93
Article 32 : Avis des instances médicales	93
Article 33 : Contrôle médical	93
TITRE 6. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES	94
Article 34 : Fonds social mutualiste/ Fonds de secours	94
Article 35 : Subrogation	94
Article 36 : Fausse déclaration	94
Article 36-1 : Fausse déclaration intentionnelle	94
Article 36-2 : Fausse déclaration non intentionnelle	94
Article 37 : Réclamation	94
Article 38 : Médiation	94
Article 39 : Prescription	95
Article 40 : Protection des données personnelles	95
Article 41 : Opposition au démarchage téléphonique	96
Article 42 : Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	96
Article 43 : Autorité de contrôle	96

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement mutualiste prévoyance est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé « l'adhérent », et d'autre part Solimut Mutuelle de France, ci-après dénommée « la Mutuelle », dont le siège social se situe au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. La loi applicable au présent règlement mutualiste est la loi française.

Solimut Mutuelle de France est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 383 143 617 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

L'adhérent peut bénéficier des garanties suivantes :

- Incapacité Temporaire Totale De Travail - Maintien de salaire ;
- Invalidité Permanente (si la garantie est souscrite) ;
- Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente (si la garantie est souscrite) ;
- Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - PTIA (si la garantie est souscrite).

Les garanties souscrites par l'adhérent sont mentionnées sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, les agents exerçant effectivement leur activité au sein de la Fonction publique territoriale, ayant signé un bulletin d'adhésion.

Ne peut adhérer à la présente couverture :

- L'agent ayant un contrat de travail à durée déterminée (CDD) d'une durée inférieure ou égale à six mois,
- L'agent en arrêt de travail au moment de la souscription et de la prise d'effet de la couverture.
- Les agents en temps partiel thérapeutique.

L'adhésion couvre uniquement l'activité professionnelle exercée au bénéfice de l'employeur mentionné sur le bulletin d'adhésion. Lorsque l'agent a plusieurs employeurs, il est nécessaire d'effectuer une adhésion par employeur, en remplissant un bulletin d'adhésion distinct, afin d'être intégralement couvert en cas de sinistre.

ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est formalisée par la signature du bulletin d'adhésion, ainsi que par la remise de toutes les pièces nécessaires à l'adhésion conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission ».

L'adhésion ne sera pas soumise à questionnaire médical si elle intervient dans les trois mois de l'attribution d'une participation financière par la Collectivité ou dans les trois mois suivants l'embauche de l'agent.

Dans tous les autres cas, le questionnaire médical est une formalité d'adhésion obligatoire pour toutes les demandes d'adhésion.

En tout état de cause, l'agent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le questionnaire médical, ou le cas échéant le questionnaire simplifié, remis par la Mutuelle, puis le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. Le médecin conseil pourra alors :

- > Accepter l'adhésion sans réserve ;
- > Émettre des réserves médicales, un avenant lui sera alors adressé pour tenir compte des réserves émises par le médecin conseil de la Mutuelle ;
- > Refuser l'adhésion.

En tout état de cause, la Mutuelle s'engage à envoyer la réponse du médecin conseil à l'adhérent dans un délai raisonnable. En cas d'acceptation avec réserves médicales, l'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la décision du médecin conseil, pour accepter l'adhésion. À défaut, l'adhésion sera considérée comme nulle et non avenue. Par conséquent, l'adhérent devra remplir un nouveau questionnaire médical s'il souhaite réitérer sa demande d'adhésion.

ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE

Seul l'adhérent est assuré au titre du présent règlement mutualiste. L'adhérent doit résider en France ou dans un pays frontalier.

Le présent Règlement Mutualiste décrit les garanties et les prestations qui seront accordées à la personne physique qui adhère à cette couverture labellisée dans le cadre du Décret n°2011-1474 du 08/11/2011 et de ses arrêtés.

Cette couverture labellisée permettra à l'agent territorial, dont l'employeur participe à la protection sociale complémentaire, de bénéficier de sa participation.

L'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion. À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse mail ou postale. À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La prise d'effet de la garantie est subordonnée à la fourniture de l'ensemble des pièces nécessaires à l'adhésion telles que définies dans l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du bulletin d'adhésion, pour l'envoyer à la Mutuelle.

■ **Concernant les adhésions sans formalités médicales** : La garantie prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion. En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, la prise d'effet de la garantie est fixée au lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.

■ **Concernant les adhésions avec formalités médicales**, la date de la prise d'effet de la garantie est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'acceptation (avec ou sans réserve) du médecin conseil ou de la Mutuelle. Le cachet de la poste fait foi.

Dans le cas où l'adhérent souhaiterait une date d'adhésion ultérieure, la date de la prise d'effet de la garantie interviendra au plus tard le 1^{er} jour du 3^{ème} mois entre l'envoi du questionnaire de santé et la date de l'acceptation de l'adhésion.

Pour toutes les adhésions quelles que soient les formalités d'adhésions, toute réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent entraîne la nullité de l'adhésion.

ARTICLE 7 : RENOUELEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Article 7-1 : Renouvellement

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période civile prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. Le règlement mutualiste se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf en cas de résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification concernant sa situation professionnelle, notamment en cas de changement d'employeur. Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

Article 7-2 : Modification de garantie

L'adhérent ne doit pas être en arrêt de travail au jour de sa demande de changement de formule et/ou de garantie.

La demande de changement de formule ou du niveau de prestation à la baisse peut être adressée à tout moment pour une prise d'effet le 1^{er} jour du mois suivant. En cas d'envoi postaux, le cachet de la poste fait foi.

La demande de changement de formule ou du niveau de prestation à la hausse doit être adressée avant le 31 octobre de l'année en cours. Le changement du niveau de prestation d'une garantie à la hausse ne sera effectif qu'à l'issue d'un stage de 12 mois à compter de la date de demande. Par conséquent, en cas de réalisation d'un dommage pendant la période de stage, le montant de l'indemnisation sera déterminé en fonction des garanties souscrites précédemment au changement de garantie.

Concernant le changement de formule à la hausse, l'adhérent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le questionnaire médical remis par la Mutuelle, puis le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. **L'ajout effectif de garantie est subordonné à l'acceptation du médecin conseil de la Mutuelle.** En cas de refus du médecin conseil, seules les garanties précédemment souscrites pourront faire l'objet d'une prestation.

■ Questionnaire médical

Le cas échéant, lorsque la Mutuelle demande à l'adhérent de remplir ou faire remplir par son médecin traitant le questionnaire médical, l'adhérent doit le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

La Mutuelle pourra, le cas échéant, refuser ce changement de garantie ou exclure du champ des garanties de nouvelles pathologies. En cas d'acceptation, un bulletin d'adhésion modificatif indiquant la date de prise d'effet de sa demande, devra être signé par l'adhérent. En tout état de cause, en cas de demande de modification de garantie par courrier, le cachet de la poste fera foi pour déterminer la date de la demande.

Les présentes règles encadrant les modifications de garantie ne font pas obstacles aux dispositions du règlement mutualiste portant sur la résiliation de l'adhésion.

L'adhérent devra renvoyer à la Mutuelle le formulaire prévu à cet effet à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Article 7-3 : Résiliation

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, la demande de résiliation doit être adressée avant le 31 octobre de l'année en cours. Si la demande est adressée par courrier, le cachet de la poste fait foi. La résiliation de l'adhésion prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande. Votre couverture perdura donc jusqu'au 31 décembre inclus.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité et de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

En cas de décès de l'adhérent, la résiliation prend effet le lendemain du jour du décès. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage, dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste, à rembourser aux personnes concernées la partie de la cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « Remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION

Article 8-1 : Vente à distance

Est qualifiée de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

En pratique, il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut manifester son opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle transmet à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, l'adhérent a le droit de demander de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, l'adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification ; ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- > Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- > Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature.

■ Les effets du droit de renonciation

Le règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

■ Modalité d'exercice :

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

«Je soussigné (Nom, prénom) ... demeurant (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance n°..... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut Mutuelle de France, et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature».

■ Les effets du droit de renonciation

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine

Conformément à l'article L223-8 du code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à une couverture ayant au moins une garantie qui dépend de la durée de la vie humaine, quel que soit le mode d'adhésion. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification et n'entraîne pas de pénalités. Ce délai commence à courir le jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature.

■ Les effets du droit de renonciation

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'ensemble des garanties défini au présent règlement mutualiste a été fixé compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet. Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique de la garantie de protection sociale complémentaire, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance de l'adhérent. Chaque garantie peut être modifiée à tout moment dans les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle.

TITRE 2. COTISATIONS

ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues par les statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste est inclus dans la cotisation.

Le montant des cotisations est mentionné au bulletin d'adhésion. La cotisation sera appelée différemment selon l'éventuel mode de participation de l'employeur. En cas d'adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article « Révision des cotisations » du présent règlement mutualiste.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion. Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

La cotisation est calculée sur le Traitement de Référence Brut (TRB). Le TRB est constitué du Traitement Indiciaire Brut (TIB) et de la Nouvelle Bonification Indiciaire Brut (NBIB). Elle est toujours appelée sur le traitement plein, y compris lorsque l'agent est en demi-traitement pour raison médicale.

Si la Collectivité maintient le régime indemnitaire (RIB), tel que défini à l'article 18.2 du présent règlement mutualiste, dans les mêmes conditions que la rémunération en cas d'arrêt de travail, l'agent peut ajouter cette garantie optionnelle si la formule choisie le permet. La cotisation sera alors calculée sur le TIB+NBIB+RIB. Dans tous les autres cas, il convient de se reporter au tableau « Couverture de la perte du régime indemnitaire ».

De plus, les taux de cotisations sont établis notamment en fonction des éléments suivants :

> **La tranche d'âge** : L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent. Il est entendu qu'au cours de l'adhésion le montant des cotisations peut évoluer en fonction de l'âge. Le montant des cotisations, établi par tranche d'âge, est révisable, en fonction de l'évolution démographique et des résultats de l'ensemble des contrats individuels.

> **Le niveau de garantie ainsi que les éventuelles options.**

Le montant de la cotisation est calculé à partir de la date d'effet de l'adhésion.

Le traitement de référence servant de base à la prestation perte de retraite ne comportant pas le régime indemnitaire, la cotisation correspondant à cette garantie ne sera donc pas appelée sur le régime indemnitaire.

ARTICLE 12 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre. De plus, la cotisation peut être acquittée par chèque annuellement sans fractionnement possible. Si l'adhérent choisi de régler les cotisations par prélèvement automatique bancaire, le compte bancaire devra être domicilié en France.

Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le bulletin d'adhésion. Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros (€).

ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'évolution démographique, les résultats et l'équilibre technique du règlement mutualiste, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

En cas de résiliation en cours d'année telle que prévue à l'article « Renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion », la part de cotisations correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglée, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants, et dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que le règlement mutualiste n'est pas un produit de placement. Ainsi, il n'existe aucun lien entre le montant de la prestation souscrite et les cotisations versées.

ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure);
- D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

TITRE 3. DÉFINITION DU TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE

ARTICLE 17 : TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE

Le traitement de référence permet de déterminer la base de calcul des cotisations et des prestations. Le traitement varie :

- > Selon que l'adhérent soit agent de droit public, ou agent de droit privé ;
- > Selon si la formule retenue par l'adhérent prévoit le maintien du régime indemnitaire.

En tout état de cause le traitement de référence prend en compte uniquement les rémunérations versées par l'employeur mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Article 17-1 : Pour les agents de droit public

■ Base de calcul des cotisations : Traitement de Référence Brut

Le Traitement de Référence Brut (TRB) est la somme des éléments de rémunération suivants :

- > Traitement Indiciaire Brut (TIB) ;
- > Nouvelle Bonification Indiciaire Brute (NBIB : Majoration indiciaire octroyée par l'employeur public lorsque le poste de l'agent ouvre droit à la NBI) ;
- > Régime Indemnitaire Brut (RIB) si la formule retenue par l'adhérent prévoit le maintien du régime indemnitaire.

Les cotisations sont toujours calculées et appelées sur la totalité du Traitement de Référence Brut, **y compris lorsque l'agent, en arrêt de travail, ne perçoit qu'un demi-traitement de sa collectivité employeur.**

■ Base de calcul des prestations : Traitement de Référence Net

Le Traitement de Référence Net (TRN) est la somme des éléments de rémunération suivants :

- > Traitement Indiciaire Net (TIN) ;
- > Nouvelle Bonification Indiciaire Nette (NBIN) ;
- > 50% du Régime Indemnitaire Net (RIN) si la formule retenue par l'adhérent prévoit le maintien du régime indemnitaire.

■ Base de calcul des prestations : Traitement de Référence brut

Pour les prestations versées en cas d'invalidité et de décès/Perte totale et irréversible d'Autonomie, le Traitement de Référence Brut (TRB) est la somme des éléments de rémunération suivants :

- > Traitement Indiciaire Brut (TIB),
- > Nouvelle Bonification Indiciaire Brute (NBIB)

L'assiette servant de base au calcul des prestations correspond au Traitement de Référence Brut, tel que défini ci-dessus, que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité à la date de mise en jeu de la garantie.

Article 17-2 : Pour les agents de droit privé

■ Base de calcul des cotisations

Le Traitement de Référence Brut de l'Adhérent correspond à sa rémunération brute mensuelle. Les heures supplémentaires, indemnités de tous types et astreintes ne sont pas incluses dans le traitement de référence brut.

Les cotisations sont toujours calculées et appelées sur la totalité du Traitement de Référence Brut, **y compris lorsque l'agent, en arrêt de travail, ne perçoit qu'un demi-traitement de sa collectivité employeur** ou les indemnités journalières de son régime obligatoire d'Assurance Maladie.

■ Base de calcul des prestations : traitement de référence net

Le Traitement de Référence Net correspond au salaire net de l'agent de droit privé. Les heures supplémentaires, les indemnités de tous types et les astreintes ne sont pas incluses dans le traitement de référence brut.

L'assiette servant de base au calcul des prestations correspond au Traitement de Référence Net, tel que défini ci-dessus, que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité à la date de mise en jeu de la garantie.

■ Base de calcul des prestations : traitement de référence brut

Pour les prestations versées en cas d'invalidité et de décès/Perte totale et irréversible d'Autonomie, le Traitement de Référence Brut correspond au salaire brut de l'agent de droit privé.

L'assiette servant de base au calcul des prestations correspond au Traitement de Référence brut, tel que défini ci-dessus, que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité à la date de mise en jeu de la garantie.

TITRE 4. GARANTIES

ARTICLE 18 : DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'adhérent bénéficie des garanties et des options indiquées sur son bulletin d'adhésion, pour lesquelles il paye des cotisations.

Article 18-1 : Incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire)

Cette garantie permet à l'adhérent de pallier la perte de revenus consécutive à une incapacité temporaire totale de travail dont le premier jour d'arrêt de travail indemnisable par la Mutuelle est survenu pendant la période d'assurance.

Sera considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, tout adhérent en activité effective qui est dans l'obligation, reconnue par la Mutuelle, de cesser toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté.

La Mutuelle ne prend pas en charge les incapacités temporaires découlant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle imputables au service.

La Mutuelle viendra **exclusivement** compléter la part de rémunération versée par l'employeur public, par le régime général d'Assurance Maladie dont dépend l'adhérent, et/ou par tout autre organisme assureur.

La Mutuelle interviendra pendant 90 jours continus dans le cadre des dispositions du décret n° 2011-1245 du 5 octobre 2011 lorsque, à l'issue du congé de maladie de l'adhérent, il perçoit un demi-traitement pendant la durée de la procédure requérant l'avis du Conseil Médical en formation restreinte ou plénière. La Mutuelle complétera le paiement du demi-traitement maintenu dans l'attente de la décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite. La durée d'indemnisation de 90 jours continus sera décomptée de la durée maximale d'indemnisation de 1095 jours, tous risques confondus.

En cas de mise en disponibilité d'office, la Mutuelle complétera les indemnités de coordination perçues par l'agent dans les limites prévues au a) du présent article. La Mutuelle n'intervient pas dans le cadre d'une disponibilité d'office n'entraînant pas le versement d'indemnités de coordination. La durée de cette indemnisation sera décomptée de la durée maximale d'indemnisation de 1095 jours, tous risques confondus.

La prestation est servie mensuellement, à terme échu, en relais de celles prévues par le statut de la Fonction publique territoriale.

a) Délai de carence

Le délai de carence s'entend comme la période qui court entre le premier jour de l'arrêt de travail et le premier jour d'indemnisation de l'adhérent par son employeur.

Conformément à l'article 115 de la Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017, la Mutuelle n'interviendra pas le premier jour de l'arrêt de travail. Par conséquent, l'adhérent bénéficie du versement des prestations Incapacité Temporaire totale de Travail à compter du deuxième jour de l'arrêt de travail.

Cependant, ce délai de carence ne s'applique pas, dans les cas suivants :

- > Lorsque l'adhérent n'a pas repris le travail plus de 48 heures entre deux congés maladie pour la même cause,
- > Concernant les congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie,
- > Concernant les congés de maladie accordés dans les 3 ans après un 1^{er} congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée (ALD).

■ Concordance entre le délai de carence et le délai de franchise

La franchise est la période contractuelle pendant laquelle la prestation n'est pas encore due par la Mutuelle. Pour autant les cotisations doivent être payées pour ouvrir droit aux prestations dues après le délai de franchise.

Si la couverture prévoit un délai de franchise, le délai ne partira qu'à compter de l'expiration du délai de carence. Il faut donc par conséquent ajouter le délai de carence au délai de franchise afin de déterminer le premier jour d'indemnisation.

■ Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :

- > En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu jusqu'au 365^{ème} jour continu ou discontinu ;
- > En cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année ;
- > En cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^{ème} année jusqu'à la fin de la 5^{ème} année ;
- > En cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6^{ème} année jusqu'à la fin de la 8^{ème} année ;
- > En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie et pour une durée maximale d'un an.

■ Agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :

- > En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour continu ou discontinu ;
- > En cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année ;
- > En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires et stagiaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie et pour une durée maximale d'un an.

■ Agents non titulaires affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC

En cas de maladie ordinaire :

- > Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et moins de 2 ans : à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'agent subit une perte de salaire ;
- > Pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et moins de 3 ans : à compter du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
- > Pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.

En cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

■ Agents non titulaires de droit privé affiliés à l'IRCANTEC relevant du régime général de la Sécurité sociale

En cas de Maladie :

- > Agent ayant une ancienneté de 0 à moins d'1 an : à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 1 an à 5 ans : à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 6 ans à 10 ans : à partir du 41^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 11 ans à 15 ans : à partir du 51^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 16 ans à 20 ans : à partir du 61^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 21 ans à 25 ans : à partir du 71^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 26 ans à 30 ans : à partir du 81^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- > Agent ayant une ancienneté de 31 ans et plus : à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail.

Pour ces agents, la Mutuelle intervient en complément de la CPAM pour une durée maximale de 1095 jours.

■ Agents embauchés en parcours emploi compétences

Les agents de droit privé, embauchés en parcours emploi compétences, peuvent demander leur adhésion et bénéficier des prestations prévues par la présente couverture.

L'intervention de la Mutuelle se fera en complément et en relais des obligations de l'employeur et dans les conditions de la Loi de mensualisation dont les principes sont repris ci-dessous, avec une dérogation pour les agents comptant moins d'un an d'ancienneté à la date de l'arrêt de travail.

Obligations de l'employeur en cas d'arrêt pour maladie ou accident de la vie privée

Ancienneté dans l'entreprise	Maintien du salaire à hauteur de 90%	Maintien du salaire à hauteur de 66.66%
- de 1 ans	Néant	Néant
1 à 6 ans	30 jours (du 8 ^{ème} au 38 ^{ème} jour)	30 jours (du 39 ^{ème} au 69 ^{ème} jour)
6 à 11 ans	40 jours (du 8 ^{ème} au 48 ^{ème} jour)	40 jours (du 49 ^{ème} au 89 ^{ème} jour)
11 à 16 ans	50 jours (du 8 ^{ème} au 58 ^{ème} jour)	50 jours (du 59 ^{ème} au 109 ^{ème} jour)
16 à 21 ans	60 jours (du 8 ^{ème} au 68 ^{ème} jour)	60 jours (du 69 ^{ème} au 129 ^{ème} jour)
21 à 26 ans	70 jours (du 8 ^{ème} au 78 ^{ème} jour)	70 jours (du 79 ^{ème} au 149 ^{ème} jour)
26 à 31 ans	80 jours (du 8 ^{ème} au 88 ^{ème} jour)	80 jours (du 89 ^{ème} au 169 ^{ème} jour)
31 ans et +	90 jours (du 8 ^{ème} au 98 ^{ème} jour)	90 jours (du 99 ^{ème} au 189 ^{ème} jour)

Par dérogation à la Loi de mensualisation et dans un souci d'équité, la Mutuelle prendra en charge l'indemnisation des agents comptant moins d'un an d'ancienneté à la date de l'arrêt de travail, en les assimilant aux agents contractuels de droit public, dans les conditions suivantes :

- **Moins de 4 mois d'ancienneté** : pas d'intervention de la Mutuelle ;
- **Entre 4 mois et moins d'1 an d'ancienneté** : la Mutuelle interviendra à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
- **À compter d'1 an d'ancienneté** : la Mutuelle interviendra en complément et en relais des dispositions de la Loi de mensualisation du 19 janvier 1978, rappelées dans le tableau ci-dessus, sans se substituer aux obligations de l'employeur.

b) Montant de la prestation

Le montant de la prestation varie selon le niveau de garantie choisi par l'adhérent, et d'autre part, selon que l'adhérent est agent de droit public à temps complet ou non, ou bien agent à temps partiel ; ou agent de droit privé.

■ Cas des agents de droit public à temps complet ou non et à temps partiel :

L'indemnité journalière versée par la Mutuelle correspond au 1/360^{ème} du TRN (hors « maintien de primes » s'il est prévu par la formule retenue par l'adhérent) multiplié par le niveau de couverture choisi par l'adhérent et sous déduction du traitement versé par l'employeur, ainsi que de la contribution sociale généralisée et de la contribution à la réduction de la dette sociale.

Pour les agents à temps non complet ou partiel : les prestations versées par la Mutuelle seront proratisées en fonction du temps de travail effectué évalué à la date de l'acceptation de la mise en jeu de la garantie par la Mutuelle.

■ Cas des agents de droit privé :

L'indemnité journalière versée par la Mutuelle correspond au 1/365^{ème} du Traitement de Référence Net TRN (hors primes) multiplié par le niveau de couverture choisi par l'adhérent et sous déduction de l'éventuelle part de salaire versée par l'employeur, des prestations du régime général de la Sécurité

sociale, et de toutes autres prestations de complément de revenu dont bénéficierait l'adhérent, ainsi que de la contribution sociale généralisée et de la contribution à la réduction de la dette sociale.

■ Droits rétablis :

En cas de rétablissement du plein traitement par l'employeur, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque le bénéficiaire est placé en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de maladie de longue durée (CLD), les indemnités versées par la Mutuelle doivent lui être remboursées intégralement par l'adhérent.

c) Prise en compte de l'évolution de la situation de l'agent

Pour les agents de droit privé, la Mutuelle réajustera le montant de la prestation due afin de tenir compte de l'évolution du grade, de l'échelon, de l'indice et éventuellement du régime indemnitaire de l'adhérent si l'option a été souscrite. Ces paramètres ne seront donc pas figés à la date du premier règlement de prestation par la Mutuelle.

Article 18-2 : Invalidité permanente

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente à l'adhérent.

■ L'adhérent relève du statut de la Fonction publique territoriale
L'adhérent doit avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents et avoir été reconnu par la Mutuelle comme étant en état d'invalidité.

L'invalidité est définie selon les critères suivants :

- > L'état de santé doit être définitif, consolidé et doit empêcher l'agent d'exercer ses fonctions ;
- > L'adhérent doit avoir un taux d'invalidité reconnu par la CNRACL supérieur ou égal à 30%.

La décision des organismes compétents n'est pas opposable à la Mutuelle. Ainsi la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer un contrôle sur le taux d'invalidité fixé par les organismes compétents dans les conditions prévues à l'article « Contrôle médical » du présent Règlement Mutualiste.

L'origine de l'invalidité peut être soit une maladie soit un accident de la vie privée. En cas d'invalidité causée par un accident du travail ou une maladie professionnelle imputable au service :

- > **Aucune rente ne sera versée si le taux d'invalidité de l'adhérent est inférieur à 33% ;**
- > **50% de la rente sera versée à l'adhérent si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 50% ;**
- > **L'intégralité de la rente sera versée à l'adhérent si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 50%.**

En tout état de cause, la prestation versée par la Mutuelle vient en déduction de la rente versée par la CNRACL, et le cas échéant de l'Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales.

■ L'adhérent relève du régime général de la Sécurité sociale

La prestation est versée à l'adhérent :

- > En cas d'invalidité causé par une maladie ou un accident de la vie privée, et d'un classement en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;

NB : l'invalidité 1^{ère} catégorie des agents de droit privé n'est pas couverte par le présent Règlement Mutualiste sauf si cela est prévu sur le tableau de la garantie souscrite par l'adhérent.

- > En cas d'incapacité permanente, dès lors que l'adhérent a :
 - Un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33% et inférieur à 50%, dans ce cas, seul 50% de la rente sera versée par la Mutuelle ;
 - Un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 50%.

NB : Aucune rente ne sera versée si le taux d'invalidité de l'adhérent est inférieur à 33%.

L'incapacité permanente est une réduction définitive de la capacité de travail en raison d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, reconnue par la Sécurité sociale. L'adhérent bénéficiera du versement de la rente s'il remplit les deux conditions cumulatives suivantes :

- > L'état de santé de l'adhérent doit être définitif, consolidé et l'empêcher d'exercer ses fonctions ;
- > Il perçoit de son régime obligatoire une rente au titre de l'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou au titre de l'incapacité permanente.

Pour l'ensemble des adhérents, la prestation est servie mensuellement à terme échu. Le versement de la prestation est conditionné au respect des règles de cumul prévues à l'article « Montant des prestations » du présent règlement mutualiste.

La Mutuelle versera la rente, le cas échéant, à compter du jour du versement de la pension CNRACL ou de l'entrée en jouissance de la pension d'invalidité, et après épuisement des droits statutaires maladie.

Article 18-3 Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente

Cette garantie, qui ne peut être souscrite que par les agents CNRACL, a pour objet le versement d'une rente mensuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'adhérent en cas d'invalidité permanente, telle que définie à l'article « Garantie invalidité permanente », et survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

Elle ne peut être souscrite que si la garantie Invalidité a elle-même été souscrite.

Le montant de la prestation est revalorisé annuellement en fonction de la valeur du point de la Fonction publique territoriale.

La prestation sera versée à compter de la cessation du versement de rente invalidité telle que définie à l'article « Garantie invalidité permanente » du présent règlement Mutualiste.

Article 18-4 Capital Décès / Perte Totale et Irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie est définie comme l'infirmité complète, empêchant définitivement l'adhérent de se livrer à quelque activité que ce soit et l'obligeant en outre à recourir pendant toute son existence à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Pour bénéficier d'un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, ces conditions doivent être réunies :

- > Avant la liquidation effective de la pension de retraite de l'agent ;
- > À défaut, avant que l'agent ait atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Le versement anticipé du capital prévu en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie Décès.

La garantie décès a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de la personne couverte au(x) bénéficiaire(s). **Cette prestation n'est versée qu'en cas de décès intervenant lorsque la présente couverture est en vigueur. Les cotisations versées au titre des garanties décès sont susceptibles d'être supérieures au montant des prestations (capital ou rente) garanties, il ne s'agit pas d'un produit de placement. La cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice de la prestation sans possibilité de rachat ni de réduction, la garantie décès étant à fonds perdus.**

Si l'adhérent relève du statut de la Fonction publique territoriale, pour pouvoir bénéficier de la prestation, le décès doit survenir :

- > Avant la liquidation effective de la pension de retraite de l'agent ;
- > À défaut, avant que l'agent ait atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Si l'adhérent est affilié au régime général de la Sécurité sociale, pour pouvoir bénéficier de la prestation, le décès doit survenir :

- > Avant la liquidation effective de la pension de retraite de l'agent ;
- > À défaut, avant que l'agent ait atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Désignation de bénéficiaire par défaut :

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'adhérent notifiée à la Mutuelle, ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- > Au conjoint marié civilement à l'adhérent et non séparé de corps judiciairement ;
- > À défaut au partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.) ;
- > À défaut aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, par parts égales entre eux ;
- > À défaut aux père et mère de l'adhérent par parts égales entre eux, ou en cas de décès de l'un des deux, au survivant pour la totalité ;
- > À défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Clause de désignation particulière :

L'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par défaut. Pour ce faire, il devra remplir le formulaire prévu à cet effet.

En outre, la désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous-seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation particulière du (ou des) bénéficiaire(s), l'adhérent est invité à renseigner la qualité (lien de parenté), et les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par la Mutuelle à la suite de son décès afin de verser la prestation.

L'adhérent a la possibilité :

- > De répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires en indiquant le pourcentage de répartition ;
- > D'établir un rang de priorité parmi les bénéficiaires, en indiquant l'ordre de priorité.

À défaut de répartition et de rang, le capital sera réparti à parts égales entre les bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires, c'est-à-dire s'il décède antérieurement à l'adhérent, le capital est réparti à parts égales aux bénéficiaires du même rang de priorité, ou à défaut au rang suivant de priorité. En cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause de désignation par défaut ci-dessus s'appliquera. Les mêmes règles sont applicables en cas de désignations nulles.

Modification :

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'adhérent peut modifier à tout moment sa désignation de bénéficiaire afin que la désignation effectuée corresponde toujours à ses souhaits au cours de son adhésion.

En effet, les changements d'état civil (divorce, rupture de PACS...) n'annulent pas la désignation de bénéficiaire, lorsque le bénéficiaire est expressément nommé. Cependant la désignation sera nulle en cas de séparation si la désignation était uniquement qualitative et non nominative, si la personne désignée n'avait pas accepté la désignation. Par conséquent, le versement de la prestation sera effectué à la personne désignée d'un rang inférieur. À défaut de personne désignée en rang inférieur, la prestation sera versée selon les règles de désignation par défaut.

Acceptation du bénéficiaire :

La désignation de bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut être faite par avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'adhérent et le bénéficiaire. L'acceptation n'a alors d'effet sur la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Cas particulier de l'adhérent mineur non émancipé :

En cas de décès d'un adhérent mineur non émancipé, le capital est versé aux héritiers. La Mutuelle ne peut pas prendre en compte une désignation particulière de bénéficiaire effectuée par un adhérent mineur.

ARTICLE 19 : GARANTIE EN INCLUSION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par la présente garantie sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

ARTICLE 20 : TERRITORIALITÉ

Les garanties du présent règlement mutualiste s'appliquent dans le monde entier pour les séjours à l'étranger inférieurs à trois mois. Au sein des pays membres de l'Union européenne, le versement des garanties sera dû, quelle que soit la durée du séjour.

Concernant les garanties incapacité et invalidité, le versement par la Mutuelle des prestations est conditionné au versement de prestations par le régime obligatoire français, y compris lorsque le fait générateur s'est déroulé en dehors du territoire français.

Les prestations sont toujours payées en Euros (€), quel que soit le lieu où s'est réalisé le dommage.

ARTICLE 21 : RISQUES EXCLUS

Article 21-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste :

- > Les conséquences directes ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeute ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ;
- > Les conséquences de rixe, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
- > Les conséquences de la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ;
- > Les risques résultants de la participation à des courses, compétitions ou essais préparatoires comportant l'utilisation d'un véhicule ou d'une embarcation à moteur ainsi que toutes tentatives de records ;
- > Les risques résultants d'accidents de navigation ou conduite par un pilote ne possédant pas pour l'appareil utilisé de brevet ou de licence en cours de validité ;
- > Les conséquences de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet condamnation pénale ;
- > Les accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent, et ceux qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation ;
- > Les accidents ou affections survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion.

Article 21-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties

Concernant les garanties décès et PTIA, est exclu, en sus, des exclusions prévues à l'article 21-1 du présent règlement, le suicide au cours des 12 mois qui suivent

la date d'effet de l'adhésion de la couverture, ou l'augmentation de la garantie. En cas d'augmentation de la garantie, seule de la part de la prestation correspondant à l'augmentation est concernée par la présente exclusion.

ARTICLE 22 : RISQUE EN COURS AU MOMENT DE L'ADHÉSION

Le présent Règlement Mutualiste ne prend pas en charge les risques en cours. L'adhérent ne devra pas être en arrêt de travail au moment de l'adhésion.

ARTICLE 23 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS

Les risques en cours au moment de la modification du règlement mutualiste seront pris en charge selon les règles de l'ancien règlement mutualiste.

ARTICLE 24 : CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion cessera :

- > En cas de renonciation de l'adhésion conformément à l'article « Renonciation » ;
- > En cas de résiliation de l'adhésion ;
- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article « Défaut de paiement » ;
- > En cas de non poursuite d'une activité professionnelle auprès d'un employeur mentionné au bulletin d'adhésion impliquant un changement de statut ;
- > En cas de liquidation de la pension vieillesse par le régime obligatoire de base de l'adhérent et, au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite ;
- > En cas de décès de l'adhérent.

La Mutuelle invite l'adhérent à être vigilant lorsqu'il remplit les critères de cessation du versement des prestations afin d'en informer la Mutuelle.

Dans le cadre des garanties, la cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice des prestations sans possibilité de rachat ni de réduction, ces garanties étant à fonds perdus.

TITRE 5. PRESTATION

ARTICLE 25 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est indiqué dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite. Le tableau de garantie peut également prévoir des options. Elles ne sont opposables à la Mutuelle que si l'adhérent y a souscrit. Leur souscription est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le montant de la prestation versée par la Mutuelle, augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité sociale ou tout autre somme versée par quelque organisme que ce soit, et des éventuels autres revenus professionnels, ne pourra excéder le niveau d'indemnisation :

- > du Traitement Indiciaire Net et Nouvelle Bonification Indiciaire Nette choisis par l'adhérent indépendamment du régime indemnitaire choisi concernant la garantie incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire) ;
- > du Traitement de Référence Net concernant l'option maintien de primes (régime indemnitaire) si la collectivité employeur de l'adhérent maintient le régime indemnitaire dans les conditions énoncées au sein du présent règlement mutualiste ;

- > du Traitement Indiciaire Net et Nouvelle Bonification Indiciaire Nette choisis par l'adhérent concernant l'option maintien de primes (régime indemnitaire) si la Collectivité employeur supprime le régime indemnitaire pendant les absences pour raison de santé ;
- > du Traitement Indiciaire Net et Nouvelle Bonification Indiciaire Nette choisis par l'adhérent concernant la garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente. Pour rappel, le traitement de référence servant de base à la prestation ne comporte pas le régime indemnitaire.

Concernant la garantie invalidité permanente :

Le montant mensuel de la prestation versée par la Mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité sociale ou tout autre somme versée par quelque organisme que ce soit, et des éventuels autres revenus professionnels, ne pourra excéder le niveau d'indemnisation du Traitement de Référence Net. En cas de souscription de l'option Maintien de primes (régime indemnitaire), le Traitement de Référence comprend le régime indemnitaire.

ARTICLE 26 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite, dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

Les prestations sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées, hors éventuels délais bancaires. Le cas échéant, l'éventuel règlement des prestations peut être remis en cause en fonction des résultats des contrôles médicaux diligentés par la Mutuelle.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire français de l'adhérent ou le cas échéant de son représentant légal. Par exception, le règlement des capitaux décès s'effectue par chèque bancaire.

Article 26-1 : Incapacité, invalidité

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », les prestations portant sur l'indemnisation d'une incapacité, ou d'une invalidité, sont payables mensuellement à terme échu.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou le cas échéant de son représentant légal.

Article 25-2 : Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

En cas de décès, la Mutuelle verse le capital au(x) bénéficiaire(s) conformément au paragraphe « Décès » de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, le capital décès peut être versé par anticipation, et met fin à la garantie décès.

Article 25-3 : Prélèvements à la source

Au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par la Mutuelle, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation lorsque cette prestation est versée directement à l'adhérent.

ARTICLE 27 : REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE

La revalorisation des prestations en cours de service concerne uniquement les garanties arrê

de travail (incapacité et invalidité). La revalorisation s'opère chaque 1^{er} janvier en fonction de la valeur du point de la Fonction publique.

ARTICLE 28 : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les prestations en cas d'incapacité et d'invalidité sont des prestations indemnitaires. Ainsi, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations versées par l'employeur, par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu supérieur pour l'adhérent, en arrê de travail, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. Ainsi, le cas échéant la prestation pourra être minorée à hauteur du revenu que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité.

ARTICLE 29 : PIÈCES À FOURNIR / DÉLAIS DE TRANSMISSION

Article 29-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion

À l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, à savoir notamment :

- > un document d'identité ;
- > un relevé d'identité bancaire d'un compte bancaire domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA ;
- > un mandat de prélèvement SEPA, en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire ;
- > Et toutes autres pièces nécessaires.

À défaut de la remise de l'intégralité des pièces nécessaires, l'adhésion ne peut prendre effet.

Article 29 -2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations

Les documents justificatifs demandés sont obligatoires afin d'obtenir le paiement de la Mutuelle. Toutefois, ils ne peuvent à eux seuls impliquer la délivrance de la prestation par la Mutuelle.

■ Incapacité Temporaire totale de Travail

- > L'attestation de passage à demi-traitement au titre du statut de la Fonction publique territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale ;
- > Une attestation émanant de l'employeur qui indique : la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité) ;
- > Les avis du Conseil Médical en formation restreinte ou plénière ou les arrêtés administratifs,
- > L'avis d'arrê de travail initial et les éventuels arrêtés de prolongation délivrés par un médecin, le journal des absences ;
- > Les photocopies des décomptes du régime obligatoire ;
- > Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraînée l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Les bulletins de paie pour les périodes à demi-traitement et le dernier bulletin de paie à plein traitement ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ Invalidité

En cas d'invalidité, ou de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- > L'avis d'imposition ;
- > La notification du régime de base ;
- > Le brevet des pensions ;
- > L'avis de la commission de réforme ;
- > Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;

- > Une attestation établie par l'employeur certifiant que le bénéficiaire a épuisé ses droits statutaires à congé de maladie ;
- > Un rapport médical circonstancié précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

Pour les agents relevant de la Fonction publique territoriale :

- > Un extrait de liquidation de la retraite pour invalidité CNRACL ;
- > Les bulletins de paiement émanant de la CNRACL.

Pour les agents relevant de la Sécurité sociale :

- > La notification d'attribution d'une rente invalidité ;
- > Les décomptes de paiement de la Sécurité Sociale ;
- > Toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

■ Perte de retraite

- > Un titre de pension de retraite,
- > Le premier bulletin de paiement de la CNRACL,
- > Le relevé de carrière,
- > Une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et à chaque début d'année,
- > Les justificatifs des autres caisses de retraite,
- > Toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

■ Perte totale et irréversible d'autonomie

Si la garantie souscrite le prévoit, l'adhérent se trouvant dans cette situation et désirant bénéficier à ce titre du versement anticipé du capital décès pour cause de Perte Totale et Irréversible d'autonomie devra remplir, ou faire remplir, et adresser à la Mutuelle un formulaire type de demande de capital et fournir les pièces justificatives.

■ Décès :

- > Le dernier bulletin de paie à plein traitement,
- > L'acte de décès ;
- > Le dernier avis d'imposition de l'agent ;
- > Un certificat médical précisant les causes du décès (nature accidentelle ou non) à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

Article 29-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Relation Adhérents TSA 11346, 13235 MARSEILLE CEDEX 02

ARTICLE 30 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Des conditions supplémentaires quant à la durée maximum de l'indemnisation peuvent être mentionnées dans le tableau de garantie.

L'indemnisation de la garantie incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire), et le cas échéant du maintien de primes (régime indemnitaire) cesse :

- > À la reprise d'activité de l'adhérent à temps plein ou temps partiel thérapeutique ;
- > À la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction publique territoriale

- ou par l'Assurance Maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale ;
- > À la date d'effet d'un congé parental ;
- > À la date d'effet d'une mise en disponibilité autre que pour raisons de santé ;
- > À la liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base de l'adhérent ;
- > À la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent ;
- > À l'âge légal de départ à la retraite ;
- > Au décès de l'adhérent ;
- > En cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'adhérent ;
- > En tout état de cause après que la prestation, pour tous les risques confondus, ait été servie de manière continue, pendant trois années, soit 1 095 jours.

L'indemnisation de la garantie invalidité permanente cesse :

- > Au jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle ;
- > Au jour de la liquidation de la pension de vieillesse de l'adhérent ;
- > À l'âge légal de départ à la retraite ;
- > Au jour du décès de l'adhérent.

En tout état de cause, le versement de l'ensemble des prestations cesse :

- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 16 « Défaut de paiement » ;
- > En cas de dénonciation de l'adhésion conformément à l'article 7-3 « Résiliation ».

L'indemnisation de la garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente cesse au jour du décès de l'adhérent.

La couverture de la garantie décès/ perte totale et irréversible d'autonomie cesse à compter du versement du capital. Pour rappel, le versement du capital au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie fait cesser la garantie décès.

En tout état de cause, le versement des prestations peut également cesser dans les conditions énoncées à l'article « Contrôle médical ».

ARTICLE 31 : PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle. En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

ARTICLE 32 : AVIS DES INSTANCES MÉDICALES

En l'absence de contrôle médical, pour le paiement des prestations, la Mutuelle se conformera strictement à l'avis de l'instance médicale (Conseil Médical en formation restreinte ou plénière ou autre instance officielle) qui aura statué sur le dossier de l'agent / adhérent, y compris en cas de décision contraire de la Collectivité employeur.

La décision des organismes compétents n'est pas opposable à la Mutuelle en cas de contrôle médical.

ARTICLE 33 : CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle peut effectuer tous les contrôles et enquêtes qu'elle jugera utiles, et ce quelle que soit la garantie.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin conseil de la Mutuelle et celles du Régime Obligatoire. À ce titre, les décisions du Régime obligatoire ne s'impose pas à la Mutuelle. Par conséquent, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par elle, afin que soit apprécié son état de santé.

Les conclusions du médecin désigné par la Mutuelle détermineront si les prestations doivent être dues, maintenues, réduites voire supprimées, et ce, quelle que soit la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme. L'adhérent garde cependant toute possibilité de contestation.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin désigné par la Mutuelle, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin afin d'apprécier l'état de santé de l'adhérent.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du médecin arbitre seront à la charge de la Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin arbitre confirmerait le rejet de la demande de l'intéressé, les honoraires du médecin arbitre seront à la charge, pour moitié, de l'adhérent et de la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle ne versera pas les prestations :

- En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ;
- Lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la définition des garanties du présent règlement ;
- En cas de refus de l'adhérent de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

TITRE 6. DROITS, RECOURS ET OBLIGATOIRES LÉGALES

ARTICLE 34 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE / FONDS DE SECOURS

En cas de grande difficulté, l'adhérent peut saisir le fonds social mutualiste géré par une commission de secours dans les conditions fixées par le règlement relatif au fonds social de la Mutuelle.

ARTICLE 35 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires contre les tiers responsables du sinistre ayant entraîné le versement par la Mutuelle des prestations.

À cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuelle intervention d'un tiers dans l'événement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

ARTICLE 36 : FAUSSE DÉCLARATION

Article 36-1 : Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leurs

sont reprochées, et invités à fournir des explications. En fonction des informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite. 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 nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

Article 36-2 : Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 37 : RÉCLAMATION

La Mutuelle met à la disposition de ses adhérents et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Réclamations - TSA 11346, 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Ou à l'adresse email suivante :

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit, cependant en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

ARTICLE 38 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)

**255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15**

■ Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur:

<https://www.mediateur-mutualite.fr>.

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximums de la réception du dossier complet.

Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 39 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- > **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- > **en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- > **la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- > **la demande en justice (même en référé) ;**
- > **un acte d'exécution forcée.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Lorsque le délai de prescription est dépassé, aucune prise en charge ne pourra couvrir la période dépassant le délai de prescription. La prise en charge couvrira toute la période antérieure à la demande jusqu'à l'expiration du délai de prescription.

ARTICLE 40 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du règlement mutualiste, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

> soit par mail à dpo.smf@solimut.fr

> soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 41 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de cette relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société WORLDLINE, Service Bloctel, 1 place des Degrés, 92800 Puteaux, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 42 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ses obligations par la Mutuelle.

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- > De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droit, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique) ;
- > Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- > En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- > En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2-2 du Code monétaire et financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

En cas de refus ou d'opposition de l'Adhérent du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

ARTICLE 43 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE :

Tableau des cotisations

Tableau de garantie

Nous contacter



Par notre réseau d'agences :

Des conseillers disponibles et expérimentés à votre disposition dans nos 60 agences réparties sur 8 régions (coordonnées de nos agences sur notre site internet www.solimut-mutuelle.fr)



Par téléphone :

En appelant le 04 42 18 02 50
Accueil téléphonique du lundi au vendredi



Par Courrier :

Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents :
TSA 11346 - 13235 Marseille Cedex 02

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE FONCTION PUBLIQUE

Approuvé par le Conseil d'Administration du 19 octobre 2022

CERTIFIÉ CONFORME
La Présidente
Carole HAZÉ



Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS **SOLIDAIRES**

TABLE DES MATIÈRES

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	99
Article 1 : Cadre réglementaire/ raison sociale de la Mutuelle	99
Article 2 : Objet de la garantie	99
Article 3 : Conditions d'adhésion	99
Article 4 : Formalités d'adhésion de la souscription	99
Article 5 : Population assurée	99
Article 6 : Prise d'effet de la garantie	99
Article 7 : Renouvellement, suspension et résiliation de l'adhésion	100
Article 7-1 : Renouvellement	100
Article 7-2 : Résiliation	100
Article 8 : Droit de Renonciation	100
Article 8-1 : Vente à distance	100
Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance	100
Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile	101
Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine	101
Article 9 : Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle	102
TITRE 2. COTISATIONS	102
Article 10 : Montant des cotisations	102
Article 11 : Détermination des cotisations	102
Article 12 : Modalité de paiement des cotisations	102
Article 13 : Révision des cotisations	102
Article 14 : Remboursement des cotisations	102
Article 15 : Incident de paiement	102
Article 16 : Défaut de paiement	102
TITRE 3. DÉFINITION DU TRAITEMENT DE BASE	103
Article 17 : Traitement de base	103
TITRE 4. GARANTIES	103
Article 18 : Définitions des garanties	103
Article 18-1 : Incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire)	103
Article 18-2 : Invalidité permanente (si garantie souscrite)	103
Article 18-3 : Garantie Natalité (si garantie souscrite)	104
Article 18-4 : Capital Décès/ Perte Totale et Irréversible d'autonomie (si option souscrite)	104
Article 18-5 : Garantie perte de retraite (Si l'option a été souscrite)	104
Article 19 : Garantie en inclusion	105
Article 20 : Territorialité	105
Article 21 : Risques exclus	105
Article 21-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties	105
Article 21-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties	105
Article 22 : Impact de la modification du Règlement Mutualiste sur les risques en cours	105
Article 23 : Cessation des garanties	105
TITRE 5. PRESTATION	105
Article 24 : Montant des prestations	105
Article 25 : Règlement des prestations	105
Article 26 : Principe indemnitaire	106
Article 27 : Pièces à fournir / délais de transmission	106
Article 27-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion	106
Article 27-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations	106
Article 27-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives	107
Article 28 : Cessation du versement des prestations	107
Article 29 : Prestations indues	107
Article 30 : Avis des instances médicales	107
Article 31 : Contrôle médical	107
TITRE 6. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES	108
Article 32 : Fonds social mutualiste/ Fonds de secours	108
Article 33 : Subrogation	108
Article 34 : Fausse déclaration	108
Article 34-1 : Fausse déclaration intentionnelle	108
Article 34-2 : Fausse déclaration non intentionnelle	108
Article 35 : Réclamation	108
Article 36 : Médiation	108
Article 37 : Prescription	109
Article 38 : Protection des données personnelles	109
Article 39 : Opposition au démarchage téléphonique	110
Article 40 : Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	110
Article 41 : Autorité de contrôle	110

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement mutualiste prévoyance est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé « l'adhérent », et d'autre part Solimut Mutuelle de France, ci-après dénommée « la Mutuelle », dont le siège social se situe au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. La loi applicable au présent règlement mutualiste est la loi française.

Solimut Mutuelle de France est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 383 143 617 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

Le présent règlement mutualiste a pour objet le versement de prestations prévoyance en fonction de la garantie souscrite.

La Garantie Fonction Publique Hospitalière a pour objet la couverture de :

- L'Incapacité Temporaire Totale de Travail ;
- L'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ;
- Le Décès / l'Invalidité Absolue et Définitive ;
- Le Complément de Retraite (si l'option a été souscrite).

La Garantie Traitement du personnel de l'éducation nationale a pour objet la couverture de :

- De l'Incapacité Temporaire Totale de travail ;
- De la Natalité ;
- Du Décès.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer à la Garantie Fonction Publique Hospitalière les agents exerçant effectivement leur activité au sein d'un établissement relevant de la Fonction Publique Hospitalière, ayant signé un bulletin d'adhésion.

Peuvent adhérer à la Garantie Traitement du personnel de l'éducation nationale les agents exerçant effectivement leur activité au sein de l'Éducation Nationale. L'agent en arrêt de travail ne peut pas adhérer au présent contrat.

Ne peut adhérer à la présente couverture :

- Les agents ayant un contrat à durée déterminée (CDD) d'une durée inférieure ou égale à six mois,
- L'agent en arrêt de travail au moment de la souscription et de la prise d'effet de la couverture.
- Les agents en temps partiel thérapeutique.

ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle.

Concernant la garantie Fonction Publique Hospitalière :

Pour pouvoir effectuer une demande d'adhésion l'agent devra :

- D'une part, être âgé de moins de 50 ans (l'âge se calcule par différence de millésimes entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance du souscripteur), Et,
- D'autre part, remplir ou faire remplir par son médecin traitant le questionnaire médical remis par la Mutuelle, puis nous le retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de la Mutuelle.

Concernant la Garantie Traitement du personnel de l'éducation :

Pour pouvoir effectuer une demande d'adhésion l'agent devra être âgé de moins de 50 ans.

- Les agents âgés de moins de quarante ans doivent remplir un questionnaire médical simplifié à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de la Mutuelle.
- Les agents âgés de quarante à quarante-neuf ans devront remplir un questionnaire médical à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de la Mutuelle.

L'âge se calcule par différence entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance du souscripteur.

À la réception du questionnaire médical, le médecin conseil pourra alors :

- Accepter l'adhésion sans réserves,
- Émettre des réserves médicales, un avenant lui sera alors adressé pour tenir compte des réserves émises par le médecin conseil de la Mutuelle,
- Refuser l'adhésion.

En tout état de cause, la Mutuelle s'engage à envoyer la réponse du médecin conseil à l'adhérent dans un délai raisonnable.

En cas d'acceptation avec réserves médicales, l'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la décision du médecin conseil, pour accepter l'adhésion.

À défaut, l'adhésion sera considérée comme nulle et non avenue.

Par conséquent, l'adhérent devra remplir un nouveau questionnaire médical s'il souhaite réitérer sa demande d'adhésion.

ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE

Seul l'adhérent est assuré au titre du présent règlement mutualiste. L'adhérent doit résider en France ou dans un pays frontalier.

Le cas échéant, l'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion.

À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse mail ou postale.

À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La prise d'effet de la garantie est subordonnée à la fourniture de l'ensemble des pièces nécessaires à l'adhésion telles que définies dans l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du bulletin d'adhésion, pour l'envoyer à la Mutuelle.

Concernant les adhésions sans formalités médicales : La garantie prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion. En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, la prise d'effet de la garantie est fixée au lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.

Concernant les adhésions avec formalités médicales, la date de la prise d'effet de la garantie est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'acceptation (avec ou sans réserve) du médecin conseil ou de la Mutuelle. Le cachet de la poste fait foi.

Dans le cas où l'adhérent souhaiterait une date d'adhésion ultérieure, la date de la prise d'effet de la garantie interviendra au plus tard le 1^{er} jour du 3^{ème} mois entre l'envoi du questionnaire de santé et la date de l'acceptation de l'adhésion.

Pour toutes les adhésions quel que soit les formalités d'adhésions, toute réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent entraîne la nullité de l'adhésion.

La date de prise d'effet du versement des prestations est en principe la même que la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas :

■ **De délai de stage :** il s'agit de la période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, ou s'applique de manière limitée, bien que l'adhérent cotise. Sous réserve de l'encaissement effectif des premières cotisations par la Mutuelle, la date d'effet de l'adhésion est le point de départ pour le calcul du délai de stage. **Les éventuels délais de stage sont mentionnés dans le tableau de garantie.**

■ **De délai de franchise :** il s'agit de la période suivant la date du sinistre pendant laquelle la prestation n'est pas encore due par la Mutuelle. Pour autant les cotisations doivent être payées pour ouvrir droit aux prestations dues après le délai de franchise. Le délai de franchise est constitué de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail. **Le délai de franchise retenu par l'adhérent est mentionné dans le bulletin d'adhésion.**

Concernant la Garantie Fonction Publique Hospitalière :

Cette couverture ne prend pas en charge les adhérents en arrêt de travail à la signature du bulletin d'adhésion. Seules sont couvertes les suites des maladies ou accidents survenus postérieurement à la date d'adhésion et à la date de fin de stage égal à 3 mois. En cas de mutation d'un autre organisme de prévoyance et sur présentation d'un certificat de radiation de moins de 3 mois et précisant les risques couverts, l'adhérent sera dispensé de stage.

Concernant la garantie Traitement du personnel de l'éducation nationale :

Cette couverture ne prend pas en charge les adhérents en arrêt de travail à la date de sa signature du bulletin d'adhésion. Seules sont couvertes les suites des maladies ou accidents intervenus postérieurement à la date d'adhésion et à la date de fin du stage fixé à une durée d'un an, sauf pour les demandes formulées dans les douze mois qui suivent la première nomination comme fonctionnaire stagiaire du ministère de l'Éducation Nationale qui, elles, ne subiront aucun stage.

ARTICLE 7 : RENOUVELLEMENT, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Article 7-1 : Renouvellement

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période civile prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. Le règlement mutualiste se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification concernant sa situation professionnelle, notamment en cas de changement d'employeur.

Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

Article 7-2 : Résiliation

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, la demande de résiliation doit être adressée avant le 31 octobre de l'année cours. Si la demande est adressée par courrier, le cachet de la poste fait foi. La résiliation de l'adhésion prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande. Votre couverture perdura donc jusqu'au 31 décembre inclus.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité et de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

En cas de décès de l'adhérent, la résiliation prend effet le lendemain du jour du décès. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage, dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste, à rembourser aux personnes concernées la partie de la cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « Remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION

Article 8-1 : Vente à distance

Est qualifiée de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

En pratique, il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut manifester son opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle transmet à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, l'adhérent a le droit de demander de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, l'adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de

renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification ; ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- > Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- > Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
SERVICE PROSPECTION - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature ».

■ Les effets du droit de renonciation

Le règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

■ Modalité d'exercice :

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
SERVICE PROSPECTION - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné (Nom, prénom) ... demeurant (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance n°..... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut Mutuelle de France, et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature ».

■ Les effets du droit de renonciation

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine

Conformément à l'article L223-8 du code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à une couverture ayant au moins une garantie qui dépend de la durée de la vie humaine, quel que soit le mode d'adhésion. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification et n'entraîne pas de pénalités. Ce délai commence à courir le jour ou l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature ».

■ Les effets du droit de renonciation

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'ensemble des garanties défini au présent règlement mutualiste a été fixé compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet. Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique de la garantie de protection sociale complémentaire, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance de l'adhérent. Chaque garantie peut être modifiée à tout moment dans les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle.

TITRE 2. COTISATIONS

ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues par les statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste est inclus dans la cotisation.

Le montant des cotisations est mentionné au bulletin d'adhésion. La cotisation sera appelée différemment selon l'éventuel mode de participation de l'employeur.

En cas d'adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article « Révision des cotisations » du présent règlement mutualiste.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Les taux de cotisations sont établis notamment en fonction des éléments suivants :

> La tranche d'âge : L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent. Il est entendu qu'au cours de l'adhésion les montants des cotisations peuvent évoluer en fonction de l'âge. Le montant des cotisations, établis par tranche d'âge, est révisable, en fonction de l'évolution démographique et des résultats de l'ensemble des contrats individuels.

> Le niveau de garantie ainsi que les éventuelles options :

Le montant de la cotisation est calculé à partir de la date d'effet de l'adhésion.

Concernant la Garantie Fonction Publique Hospitalière :

Les cotisations sont établies à l'adhésion en fonction de la situation de l'adhérent. Le Traitement Indiciaire Brut (TIB) mensuel du mois d'octobre précédent et, le cas échéant, la Nouvelle Bonification Indiciaire servent de base aux cotisations. Toutefois, pour les adhérents à temps non complet, la base est calculée au prorata de la quotité de travail effectuée.

Concernant la Garantie Traitement du personnel de l'éducation nationale :

La cotisation est individuelle. Elle est fixée par référence à l'indice de traitement nouveau majoré de la Fonction Publique. Le barème est donné par tranches de cent points de cet indice.

Ces garanties étant non labellisées, elles ne peuvent ouvrir droit au versement de la participation prévue par le Décret n°2011-1474 du 08/11/2011 et ses arrêtés.

ARTICLE 12 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre. De plus, la cotisation peut être acquittée par chèque annuellement sans fractionnement possible. Si l'adhérent choisi de régler les cotisations par prélèvement automatique bancaire, le compte bancaire devra être domicilié dans la zone SEPA.

Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le bulletin d'adhésion. Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros (€).

ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'évolution démographique, les résultats et l'équilibre technique du règlement mutualiste, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

En cas de résiliation en cours d'année telle que prévue à l'article « Renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion », la part de cotisations correspondante au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglé, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants, et dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que le règlement mutualiste n'est pas un produit de placement. Ainsi, il n'existe aucun lien entre le montant de la prestation souscrite et les cotisations versées.

ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- > D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure);
- > D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas

de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

TITRE 3. DÉFINITION DU TRAITEMENT DE BASE

ARTICLE 17 : TRAITEMENT DE BASE

Concernant la Garantie Fonction Publique Hospitalière :

Le Traitement Indiciaire Brut (TIB) mensuel du mois d'octobre précédent sert de base aux cotisations et prestations, que l'adhérent soit titulaire ou non titulaire et qu'il exerce ses fonctions à temps complet ou non complet. Toutefois, pour les adhérents à temps non complet, la base est calculée au prorata de la quotité de travail effectuée.

Concernant la Garantie Traitement du personnel de l'éducation nationale :

Le Traitement Indiciaire Net (TIN) mensuel du mois d'octobre précédent sert de base aux prestations, que l'adhérent soit titulaire ou non titulaire et qu'il exerce ses fonctions à temps complet ou non complet. Toutefois, pour les adhérents à temps non complet, la base est calculée au prorata de la quotité de travail effectuée.

TITRE 4. GARANTIES

ARTICLE 18 : DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'adhérent bénéficie des garanties et des options indiquées sur son bulletin individuel d'affiliation, pour lesquelles il paye des cotisations.

Les garanties souscrites par l'adhérent sont définies dans le tableau de garantie, annexé au présent règlement mutualiste.

Article 18-1 Incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire)

Cette garantie permet à l'adhérent de pallier la perte de revenus consécutive à une incapacité temporaire totale de travail dont le premier jour d'arrêt de travail indemnisable par la Mutuelle est survenu pendant la période d'assurance.

Sera considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, tout adhérent en activité effective qui est dans l'obligation, reconnue par la Mutuelle, de cesser toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté.

La Mutuelle ne prend pas en charge les incapacités temporaires découlant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle imputables au service.

La Mutuelle viendra **exclusivement** compléter la part de rémunération versée par l'employeur public, par le régime général d'Assurance Maladie dont dépend l'adhérent, et/ou par tout autre organisme assureur.

La prestation est servie mensuellement, à terme échu.

Concernant la Garantie Fonction Publique Hospitalière :

Le paiement de ces prestations s'effectuera dans le strict respect des statuts régissant la Fonction Publique Hospitalière. Le paiement des prestations sera suspendu si l'agent ne peut justifier au-delà des 6 mois d'arrêt de travail consécutifs, qu'une demande de prolongation de maladie a été effectuée.

Concernant la Garantie Traitement du personnel de l'éducation nationale :

En cas d'incapacité temporaire de travail, la Mutuelle verse les indemnités journalières dans les conditions suivantes :

- Après constitution du dossier, à partir de la date de mise à demi traitement pour cause de congé de maladie ordinaire, de congé de longue maladie ou de congé de maladie de longue durée, par une allocation mensuelle compensatrice de la perte de salaire subie ;
- En cas de congé de maladie ordinaire, cette allocation mensuelle est versée à compter du passage à demi traitement, pendant un an maximum à compter de la date du début de la maladie, et elle est maintenue tant que l'adhérent perçoit son demi traitement de l'Administration.
- En cas de congé de longue maladie ou de maladie de longue durée, la prestation est versée tant que l'adhérent, maintenu en congé longue maladie, ou de maladie de longue durée, perçoit son demi-traitement de l'Administration. Le versement de l'allocation est suspendu dès lors que l'adhérent perçoit à nouveau un traitement complet ou que cessent ses droits à congé maladie ordinaire, de longue maladie ou de maladie de longue durée à demi traitement.

Article 18-2 Invalidité permanente (si garantie souscrite)

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente à l'Adhérent couvert par la Garantie Fonction Publique Hospitalière.

Si l'adhérent relève du Statut de la Fonction Publique Hospitalière, il doit avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents et avoir été reconnu par la Mutuelle comme inapte à exercer une quelconque activité professionnelle.

L'origine de cette invalidité pouvant être, soit une maladie ou un accident de la vie privée soit un accident du travail ou une maladie professionnelle imputable au service.

Si l'adhérent est affilié au régime général de la Sécurité sociale, il doit être atteint d'une invalidité, imputable ou pas au service, et classé en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

L'adhérent licencié pour inaptitude physique bénéficiera du versement de la rente s'il remplit les deux conditions cumulatives suivantes :

- S'il est reconnu par la Mutuelle comme inapte à exercer une quelconque activité professionnelle,
- S'il perçoit de son régime obligatoire une rente au titre de l'invalidité 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou de l'incapacité permanente.

La prestation est servie mensuellement à terme échu dès la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente.

Article 18-3 Garantie Natalité (si garantie souscrite)

La garantie a pour objet le versement d'une allocation forfaitaire dans le cas de la naissance d'un enfant de l'adhérent ou de l'adoption d'un enfant par l'adhérent.

Article 18-4 : Capital Décès/ Perte Totale et Irréversible d'autonomie (si option souscrite)

La garantie décès a pour objet le versement d'une prestation en cas de décès de la personne couverte au(x) bénéficiaire(s). Les cotisations versées au titre des garanties décès sont susceptibles d'être supérieures au montant des prestations (capital ou rente) garanties, il ne s'agit pas d'un produit de placement. La cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice de la prestation sans possibilité de rachat ni de réduction, la garantie décès étant à fonds perdus.

Pour que la garantie soit due, la survenance du décès doit avoir lieu :

- Avant la liquidation effective de la pension de retraite de l'agent ;
- À défaut, avant que l'agent ait atteint l'âge.

NB : Cette prestation n'est versée qu'en cas de décès intervenant pendant que la présente couverture est en vigueur.

Désignation de bénéficiaire par défaut :

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'adhérent notifiée à la Mutuelle, ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- Au conjoint marié civilement à l'adhérent et non séparé de corps judiciairement ;
- À défaut au partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.) ;
- À défaut aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, par parts égales entre eux ;
- À défaut aux père et mère de l'adhérent par parts égales entre eux, ou en cas de décès de l'un des deux, au survivant pour la totalité ;
- À défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Clause de désignation particulière :

L'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par défaut. Pour ce faire, il devra remplir le formulaire prévu à cet effet.

En outre, la désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous-seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation particulière du (ou des) bénéficiaire(s), l'adhérent est invité à renseigner la qualité (lien de parenté), et les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par la Mutuelle à la suite de son décès afin de verser la prestation.

L'adhérent a la possibilité :

- > De répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires en indiquant le pourcentage de répartition ;
- > D'établir un rang de priorité parmi les bénéficiaires, en indiquant l'ordre de priorité.

À défaut de répartition et de rang, le capital sera réparti à parts égales entre les bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires, c'est-à-dire s'il décède antérieurement à l'adhérent, le capital est réparti à parts égales aux bénéficiaires du même rang de priorité, ou à défaut au rang suivant de priorité. En cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause de désignation par défaut ci-dessus s'appliquera. Les mêmes règles sont applicables en cas de désignations nulles.

Modification :

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'adhérent peut modifier à tout moment sa désignation de bénéficiaire afin que la désignation effectuée corresponde toujours à ses souhaits au cours de son adhésion.

En effet, les changements d'état civil (divorce, rupture de PACS...) n'annulent pas la désignation de bénéficiaire, lorsque le bénéficiaire est expressément nommé. Cependant la désignation sera nulle en cas de séparation si la désignation était uniquement qualitative et non nominative, si la personne désignée n'avait pas accepté la désignation. Par conséquent, le versement de la prestation sera effectué à la personne désignée d'un rang inférieur. À défaut de personne désignée en rang inférieur, la prestation sera versée selon les règles de désignation par défaut.

Acceptation du bénéficiaire :

La désignation de bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut être faite par avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'adhérent et le bénéficiaire. L'acceptation n'a alors d'effet sur la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Cas particulier de l'adhérent mineur non émancipé :

En cas de décès d'un adhérent mineur non émancipé, le capital est versé aux héritiers. La Mutuelle ne peut pas prendre en compte une désignation particulière de bénéficiaire effectuée par un adhérent mineur.

Si le tableau de garantie le prévoit, le versement du capital décès peut être versée à l'adhérent de manière anticipée en cas de Perte Totale et irréversible d'autonomie.

Concernant la Garantie Fonction Publique Hospitalière :

Le versement anticipé du capital décès est possible dès lors que l'adhérent subit une perte totale et irréversible d'autonomie et remplit les conditions cumulatives suivantes :

- Avant la liquidation effective de sa pension de retraite ou dès lors qu'il n'a pas atteint l'âge légal de départ à la retraite ;
- Être reconnu par son régime obligatoire en invalidité 3^{ème} catégorie ou être atteint d'une infirmité permanente professionnelle au taux de 100%,
- Bénéficier de la majoration pour assistance d'une tierce personne de cet organisme.

La perte totale et irréversible d'autonomie est définie comme l'infirmité complète, empêchant définitivement l'adhérent de se livrer à quelque activité que ce soit et l'obligeant en outre à recourir pendant toute son existence à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Le versement anticipé du capital prévu en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie Décès.

Concernant la Garantie Traitement du personnel de l'éducation nationale :

En sus du versement de la prestation à un ou plusieurs bénéficiaires désignés par l'adhérent, s'ajoute le versement d'une allocation forfaitaire aux enfants de l'adhérent décédé.

Cette allocation annuelle perdure jusqu'aux 15 ans inclus de l'enfant de l'adhérent.

Le versement est prolongé jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans inclus si l'enfant bénéficiaire poursuit ses études.

Article 18-5 : Garantie perte de retraite (Si l'option a été souscrite)

Cette garantie prévoit le versement, sous la forme d'une rente mensuelle viagère, à l'adhérent en

état d'invalidité permanente, d'une prestation représentative de la perte de retraite et ce, pour les agents ayant moins de 15 ans d'ancienneté lors du passage en invalidité.

La garantie est versée à compter de la date à laquelle l'adhérent est reconnu en invalidité et au plus tôt lorsqu'il atteint l'âge légal de départ à la retraite. Le service cesse à la fin du trimestre au cours duquel l'adhérent décède.

En aucun cas, le cumul de la retraite statutaire et du complément de la Mutuelle ne pourra excéder 100% de la retraite qu'aurait perçue l'agent s'il avait continué à travailler.

ARTICLE 19 : GARANTIE EN INCLUSION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par la présente garantie sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

ARTICLE 20 : TERRITORIALITÉ

Les garanties du présent règlement mutualiste s'appliquent dans le monde entier pour les séjours à l'étranger inférieurs à trois mois. Au sein des pays membre de l'Union européenne, le versement des garanties sera dû, quel que soit la durée du séjour.

Concernant les garanties incapacité et invalidité, le versement par la Mutuelle des prestations est conditionné au versement de prestations par le régime obligatoire français, y compris lorsque le fait générateur s'est déroulé en dehors du territoire français.

Les prestations sont toujours payées en Euros (€), quel que soit le lieu où s'est réalisé le dommage.

ARTICLE 21 : RISQUES EXCLUS

Article 21-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste :

- > **Les conséquences directes ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeute ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ;**
- > **Les conséquences de rixe, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;**
- > **Les conséquences de la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ;**
- > **Les risques résultants de la participation à des courses, compétitions ou essais préparatoires comportant l'utilisation d'un véhicule ou d'une embarcation à moteur ainsi que toutes tentatives de records ;**
- > **Les risques résultants d'accidents de navigation ou conduite par un pilote ne possédant pas pour l'appareil utilisé de brevet ou de licence en cours de validité ;**
- > **Les conséquences de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet condamnation pénale ;**
- > **Les accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent, et ceux qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation ;**
- > **Les accidents ou affections survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion.**

Article 21-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties

Concernant les garanties décès et PTIA, est exclu, en sus, des exclusions prévues à l'article 21-1 du présent règlement, le suicide au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion de la garantie, ou l'augmentation de la garantie. En cas d'augmentation de la garantie, seule de la part de la prestation correspondant à l'augmentation est concernée par la présente exclusion.

ARTICLE 22 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS

Le présent Règlement Mutualiste ne prend pas en charge les risques en cours. L'adhérent ne devra pas être en arrêt de travail au moment de l'adhésion. Les risques en cours au moment de la modification du règlement mutualiste seront pris en charge selon les règles de l'ancien règlement mutualiste.

ARTICLE 23 : CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion cessera :

- > En cas de renonciation de l'adhésion conformément à l'article « Renonciation » ;
- > En cas de résiliation de l'adhésion ;
- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article « Défaut de paiement » ;
- > En cas de non poursuite d'une activité professionnelle auprès d'un employeur mentionné au bulletin d'adhésion impliquant un changement de statut ;
- > En cas de liquidation de la pension vieillesse par le régime obligatoire de base de l'adhérent et, au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite.
- > En cas de décès de l'adhérent.

La Mutuelle invite l'adhérent à être vigilant lorsqu'il remplit les critères de cessation du versement des prestations pour l'ensemble des garanties prévues par la garantie souscrite, afin d'en informer la Mutuelle.

Dans le cadre des garanties, la cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice des prestations sans possibilité de rachat ni de réduction, ces garanties étant à fonds perdus.

TITRE 5. PRESTATIONS

ARTICLE 24 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est indiqué dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite. Le tableau de garantie de la garantie souscrite peut également prévoir des options. Elles ne sont opposables à la Mutuelle que si l'adhérent y a souscrit. Leur souscription est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 25 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite, dans un délai d'un mois dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste, hors éventuels délais bancaires.

Le délai peut être rallongé en cas de contrôle médical.

Les prestations décès sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées.

Le cas échéant, l'éventuel règlement des prestations peut être remis en cause en fonction des résultats des contrôles médicaux diligentés par la Mutuelle.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire de l'adhérent domicilié dans un Etat membre de la Zone SEPA, ou le cas échéant de son représentant légal.

Par exception, le règlement des capitaux décès s'effectue par chèque bancaire.

■ Incapacité, invalidité, natalité, complément de retraite

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », les prestations portant sur l'indemnisation d'une incapacité, ou d'une invalidité, sont payables mensuellement à terme échu.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou le cas échéant de son représentant légal.

■ Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

En cas de décès, la Mutuelle verse le capital au(x) bénéficiaire(s) conformément au paragraphe « Décès » au sein de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

Si la garantie Perte Totale et Irréversible d'autonomie est souscrite, le capital décès peut être versé par anticipation, et met fin à la garantie décès.

■ Prélèvements à la source

Au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par la Mutuelle, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation lorsque cette prestation est versée directement à l'adhérent.

ARTICLE 26 : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les prestations en cas d'incapacité d'invalidité, et de retraite, sont des prestations indemnitaires. Ainsi, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations versées par l'employeur, par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu supérieur pour l'adhérent, en arrêt de travail, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité.

Ainsi, le cas échéant la prestation pourra être minorée à hauteur du revenu que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité.

ARTICLE 27 : PIÈCES À FOURNIR / DÉLAIS DE TRANSMISSION

Article 27- 1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion

À l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, à savoir notamment :

- > Un document d'identité ;
- > Un relevé d'identité bancaire d'un compte bancaire domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA ;
- > Un mandat de prélèvement SEPA, en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire ;
- > Un bulletin d'adhésion ;
- > Les 3 derniers bulletins de salaire précédant la demande d'adhésion ;
- > Un questionnaire médical ;
- > Et toutes autres pièces nécessaires.

À défaut de la remise de l'intégralité des pièces nécessaires, l'adhésion ne peut prendre effet.

Article 27 -2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations

Les documents justificatifs demandés sont obligatoires afin d'obtenir le paiement de la Mutuelle. Toutefois, ils ne peuvent à eux seuls impliquer la délivrance de la prestation par la Mutuelle.

■ Incapacité Temporaire totale de Travail

- > L'attestation de passage à demi-traitement ou les décomptes de la Sécurité sociale ;
- > Une attestation émanant de l'employeur qui indique : la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité) ;
- > Les avis du Conseil Médical en formation restreinte ou plénière ;
- > L'avis d'arrêt de travail initial et les éventuels arrêts de prolongation délivrés par un médecin ;
- > L'éventuelle attestation de l'administration notifiant le passage à demi-traitement ;
- > Les photocopies des décomptes du régime obligatoire ;
- > Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraînée l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Les bulletins de paie pour les périodes à demi-traitement et le dernier bulletin de paie à plein traitement ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ Invalidité (si garantie ou option souscrite)

En cas d'invalidité, ou de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- > L'avis d'imposition ;
- > La notification du régime de base ;
- > Le brevet des pensions ;
- > L'avis de la commission de réforme ;
- > Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Une attestation établie par l'employeur certifiant que le bénéficiaire a épuisé ses droits statutaires à congé de maladie ;
- > Un rapport médical circonstancié précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ Pour les agents relevant de la Fonction publique territoriale :

- > Un extrait de liquidation de la retraite pour invalidité CNRACL ;
- > Les bulletins de paiement émanant de la CNRACL.

■ Pour les agents relevant de la Sécurité sociale :

- > La notification d'attribution d'une rente invalidité ;
- > Les décomptes de paiement de la Sécurité Sociale ;
- > Toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

■ Perte de retraite (si option souscrite)

- > Un titre de pension de retraite,
- > Le premier bulletin de paiement de la CNRACL,
- > Le relevé de carrière,
- > Une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et à chaque début d'année,
- > Les justificatifs des autres caisses de retraite,
- > Toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

■ Perte totale et irréversible d'autonomie (si garantie souscrite)

Si la garantie souscrite le prévoit, l'adhérent se trouvant dans cette situation et désirant bénéficier à ce titre du versement anticipé du capital décès pour cause de Perte Totale et Irréversible d'autonomie devra remplir, ou faire remplir, et adresser à la Mutuelle un formulaire type de demande de capital et fournir les pièces justificatives.

■ Décès :

- > Le dernier bulletin de paie à plein traitement,
- > L'acte de décès ;
- > Le dernier avis d'imposition de l'agent ;
- > Un certificat médical précisant les causes du décès (nature accidentelle ou non) à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

Article 27-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

ARTICLE 28 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Des conditions supplémentaires quant à la durée maximum de l'indemnisation peuvent être mentionnées dans le tableau de garantie correspondant à la couverture souscrite.

L'indemnisation de la garantie incapacité temporaire totale de travail (maintien de salaire), et le cas échéant de l'option maintien de primes (régime indemnitaire) cesse :

- > À la reprise d'activité de l'adhérent à temps plein ou temps partiel thérapeutique,
- > À la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction publique territoriale ou par l'Assurance Maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- > À la date d'effet d'un congé parental,
- > À la date d'effet d'une mise en disponibilité autre que pour raisons de santé,
- > À la liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base de l'adhérent,
- > À la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent,
- > À l'âge légal de départ à la retraite.
- > Au décès de l'adhérent,
- > En cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'adhérent,
- > En tout état de cause après que la prestation, pour tous les risques confondus, ait été servie de manière continue, pendant trois années, soit 1 095 jours.

L'indemnisation de la garantie invalidité permanente cesse :

- > Au jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle,
- > Au jour de la liquidation de la pension de vieillesse de l'adhérent,
- > À l'âge légal de départ à la retraite.
- > Au jour du décès de l'adhérent.

En tout état de cause, le versement de l'ensemble des prestations cesse :

- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 16 «Défaut de paiement» ;
- > En cas de dénonciation de l'adhésion conformément à l'article 7-2 «Résiliation».

L'indemnisation de la garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente cesse

Au jour du décès de l'adhérent.

La couverture de la garanties décès/ perte totale et irréversible d'autonomie cesse à compter du versement du capital. Pour rappel, si cela est prévu par la couverture souscrite, le versement du capital au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie fait cesser la garantie décès.

En tout état de cause, le versement des prestations peut également cesser dans les conditions énoncées dans l'article « Contrôle médical ».

ARTICLE 29 : PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

ARTICLE 30 : AVIS DES INSTANCES MÉDICALES

En l'absence de contrôle médical, pour le paiement de ses prestations, la Mutuelle se conformera strictement à l'avis de l'instance médicale (Conseil Médical en formation restreinte ou plénière ou autre instance officielle) qui aura statué sur le dossier de l'agent / adhérent, y compris en cas de décision contraire de la Collectivité employeur.

La décision des organismes compétents n'est pas opposable à la Mutuelle en cas de contrôle médical.

ARTICLE 31 : CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle peut effectuer tous les contrôles et enquêtes qu'elle jugera utiles, et ce quelle que soit la garantie.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin conseil de la Mutuelle et celles du Régime Obligatoire. À ce titre, les décisions du Régime obligatoire ne s'impose pas à la Mutuelle. Par conséquent, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par elle, afin que soit apprécié son état de santé.

Les conclusions du médecin désigné par la Mutuelle détermineront si les prestations doivent être dues, maintenues, réduites voire supprimées, et ce, quelle que soit la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme. L'adhérent garde cependant toute possibilité de contestation.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin désigné par la Mutuelle, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin afin d'apprécier l'état de santé de l'adhérent.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du médecin arbitre seront à la charge de la Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin arbitre confirmerait le rejet de la demande de l'intéressé, les honoraires du médecin arbitre seront à la charge, pour moitié, de l'adhérent et de la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle ne versera pas les prestations :

- > En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ;
- > Lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la définition des garanties du présent règlement ;
- > En cas de refus de l'adhérent de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

TITRE 6. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES

ARTICLE 32 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE / FONDS DE SECOURS

En cas de grande difficulté, l'adhérent peut saisir le fonds social mutualiste géré par une commission de secours dans les conditions fixées par le règlement relatif au fonds social de la Mutuelle.

ARTICLE 33 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires contre les tiers responsables du sinistre ayant entraîné le versement par la Mutuelle des prestations.

À cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuelle intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

ARTICLE 34 : FAUSSE DÉCLARATION

Article 34-1 : Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leurs sont reprochées, et invités à fournir des explications. En fonction des informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite. 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 nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

Article 34-2 : Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- > Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- > Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 35 : RÉCLAMATION

La Mutuelle met à la disposition de ses adhérents et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Réclamations - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Où à l'adresse email suivante :

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit, cependant en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

ARTICLE 36 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

- Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximums de la réception du dossier complet.

Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 37 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- > **En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- > **En cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- > **La reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- > **La demande en justice (même en référé) ;**
- > **Un acte d'exécution forcée.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Lorsque le délai de prescription est dépassé, aucune prise en charge ne pourra couvrir la période dépassant le délai de prescription. La prise en charge couvrira toute la période antérieure à la demande jusqu'à l'expiration du délai de prescription.

ARTICLE 38 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du règlement mutualiste, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- soit par mail à dpo.smf@solimut.fr

- soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées,

nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 39 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de cette relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société WORLDFLINE, Service Bloctel, 1 place des Degrés, 92800 Puteaux, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 40 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ses obligations par la Mutuelle.

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droit, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique);
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2 du Code monétaire et financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

En cas de refus ou d'opposition de l'Adhérent du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

ARTICLE 41 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE :

Tableau des cotisations

Tableau de garantie

Nous contacter



▶ Par notre réseau d'agences :

Des conseillers disponibles et expérimentés à votre disposition dans nos 60 agences réparties sur 8 régions (coordonnées de nos agences sur notre site internet www.solimut-mutuelle.fr)



▶ Par téléphone :

En appelant le 04 42 18 02 50
Accueil téléphonique du lundi au vendredi



▶ Par Courrier :

Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents :
TSA 11346 - 13235 Marseille Cedex 02