ESPACE MUTUALISTE GIVORDIN M.T.R.G.

Mutuelle immatriculée à l'INSEE sous le n° 302 655 766
Soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

REGLEMENT MUTUALISTE

Garantie responsable GAMMA

1 - OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

- 1-1 Conformément au cinquième alinéa de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations. Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.
- 1-2 Les garanties de la gamme GAMMA sont conformes aux conditions du contrat « solidaire » et « responsable », conformément aux articles L.862-4 II, L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires reprises ci-après prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le premier jour de la réception de son dossier complet par la Mutuelle, cotisation comprise. Elle prend effet pour une durée minimum de 12 mois consécutifs prenant fin le 31 décembre qui suit cette période. Exemples : pour une adhésion au 01/01/2017, la 1ère échéance est le 31/12/2017. Pour une adhésion 01/06/2017, la 1ère échéance est le 31/12/2018.

Elle est prolongée par décision tacite à l'expiration de la 1ère échéance, l'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 décembre.

Les ayants droits des membres participants qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sont les conjoints, partenaires de PACS et concubins notoires, et enfants jusqu'à 26 ans.

Les enfants seront couverts jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 26 ans. L'adhésion de chaque enfant donne lieu au paiement de cotisations.

3 - LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire.

Au sein d'une famille, les membres du couple peuvent souscrire des garanties différentes, dans ce cas précis, chaque conjoint devra être titulaire de son propre contrat.

Les enfants souscrivent la même garantie que l'adhérent auquel ils sont rattachés.

Les montants des cotisations figurent en annexe du bulletin d'adhésion.

Le tarif varie selon la zone tarifaire concernée dans les conditions de l'annexe 1.

4 - CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES COTISATIONS

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (*antécédents médicaux, sexe...*).

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (*pour les contrats indexés*).

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires, ou du conseil d'administration en cas de délégation de pouvoir conformément à l'article L.114-11 du Code de la Mutualité.

Deux enfants sont soumis à cotisation, la cotisation est gratuite pour les enfants suivants. En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Les montants ou taux de cotisations peuvent varier en fonction de la modification de la réglementation en vigueur qui est applicable au présent règlement (par exemples, en cas de modification du taux de la fiscalité ou du cahier des charges du contrat responsable). Dans ce cas, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont appliquées de plein droit, sans délai et sans formalisme au présent règlement. Elles s'imposent aux membres participants dès leur notification par la mutuelle.

5 - LES MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé préalablement dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité. La cotisation annuelle est exigible le premier jour de prise d'effet de l'adhésion.

Le fractionnement des règlements (*mois, trimestre, semestre*) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion. Ce fractionnement fera l'objet de frais.

Sauf cas de résiliation anticipée et dans les limites fixées à l'article 17 du présent règlement, le montant de la cotisation ne peut faire l'objet de proratisation au moment de l'adhésion ou de la résiliation.

Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, des frais forfaitaires par opération sont ajoutés au montant prélevé.

6 - DETERMINATION DES PERIODES D'OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité rappelées à l'article 8 du présent règlement.

En fonction des garanties, des délais de stages peuvent être appliqués et figurent sur le barème des prestations. En tout état de cause, les contrats étant soumis à la réglementation du contrat responsable, ils incluent une prise en charge immédiate et illimitée du ticket modérateur, du forfait journalier et du prix limite de vente dont la prise en charge est obligatoire.

7 - SUSPENSION OU REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le droit aux garanties peut être suspendu par la Mutuelle en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé de plus de trois mois à l'étranger,
- détention à caractère pénal,
- couverture complémentaire obligatoire auprès d'un autre organisme du fait d'une embauche à durée déterminée,
- chômage (suspension possible pendant 6 mois).

Pour bénéficier de cette suspension et sous réserve de l'accord de la Mutuelle, le membre participant doit faire une demande écrite à la Mutuelle-dans les trente jours qui suivent la prise d'effet de la cause de suspension invoquée et présenter toute pièce justificative de cette situation. La suspension est subordonnée à l'accord exprès de la Mutuelle.

Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

8 - RESILIATION ET/OU RADIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

Est radié de la Mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission du fait d'un retard dans le paiement de sa cotisation. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

A 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 est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au 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 peut résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant 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 ont été payées 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.

Par ailleurs, la démission, la radiation et l'exclusion et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf PUMA déclarée dans un délai de trois mois.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour le membre participant qui prouve que les circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement ou la régularisation de ses cotisations.

9 - RESILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant peut résilier, par lettre recommandée avec accusé de réception, son adhésion à la Mutuelle au plus tard deux mois avant la date d'échéance du 31 décembre-

Si l'avis d'échéance est adressé au membre participant moins de quinze jours avant le 31 octobre, dans ce cas il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour résilier son adhésion à la Mutuelle. Dans ce cas, le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

10 - CONSEQUENCES DES RESILIATIONS SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la résiliation, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les cartes d'adhérent à la Mutuelle ne sont utilisables et n'ouvrent droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

En cas de résiliation, l'adhérent est tenu sans délai de renvoyer toutes ses cartes d'adhérent à la Mutuelle. Tout usage des cartes d'adhérent en période de suspension ou après radiation est interdit et donne lieu au remboursement par l'adhérent de toute dépense liée à cet usage.

En cas de prestation versée en dehors de toute période durant laquelle le risque est couvert, le membre participant est tenu de rembourser sans délai le montant indument perçu à la Mutuelle. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit de récupérer le montant indument perçu par tout moyen mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire, y compris par le prélèvement des sommes indument perçues sur les prestations à venir.

11 - PRESTATIONS

Les prestations accordées par la Mutuelle sont les suivantes :

- remboursement partiel ou intégral du ticket modérateur,
- remboursement partiel du dépassement des tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale,
- versement de prestations supplémentaires en nature ou en espèces.

La grille de garanties souscrite est jointe au bulletin d'adhésion.

Le ticket modérateur pris en charge par la Mutuelle est celui en vigueur à la date des soins.

Lorsque les prestations sont exprimées en forfait, prises en charge par l'A.M.O. et visées par les obligations de prise en charge du ticket modérateur a minima dans les conditions du contrat responsable, la Mutuelle s'engage dans tous les cas à prendre en charge a minima le ticket modérateur.

Les contrats sont soumis à la réglementation sur les contrats responsables visée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Ainsi, les garanties prennent notamment en charge :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire, y compris les actes de prévention (toutefois, la prise en charge n'est pas obligatoire, selon les conditions du contrat responsable, pour les frais de cure thermale, les médicaments remboursés à 15% et à 30% par la Sécurité sociale et les spécialités et préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques)) ;
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R.160-5 du Code de la Sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable ;
- le forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ni exclusion ;
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% santé.

Les garanties peuvent également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

En revanche, ne sont pas remboursés :

- **La majoration de participation du membre participant ou ses ayant-droits visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin**

sans prescription médicale du médecin traitant ainsi que des actes et prestations pour lesquels le membre participant n'a pas autorisé l'accès à son dossier médical visé l'article L.1111-15 du Code de la Santé Publique ;

- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- la participation forfaitaire de 1 euro applicable aux consultations et certains examens médicaux ;
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 euros par boîte de médicament)

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

En cas de modification de la législation applicable aux contrats responsables, la nouvelle législation serait applicable conformément aux articles 4 et 12 du présent règlement.

Les prestations relatives au remboursement des actes et prothèses dentaires pris en charge par l'assurance maladie obligatoire peuvent varier compte tenu de l'évolution de la CCAM dentaire. Le cas échéant, toute modification légale de la réglementation sera appliquée de plein droit au présent règlement. Les remboursements des actes et prothèses dentaires non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, s'ils sont prévus par la garantie, se feront soit par le biais de forfaits prenant en charge certains actes définis, soit par le biais d'une prise en charge de prothèses refusées calculée sur une base de remboursements propre à la Mutuelle dont le détail est disponible sur simple demande écrite à la Mutuelle.

Les prestations sont remboursées par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent et sur présentation des documents originaux. La Mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Le remboursement de prestations se fait sur la base de l'année glissante, c'est-à-dire dans les 12 mois de date à date, et non sur la base de l'année civile.

12 - CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires. Si, en cours d'année, la législation sur les régimes obligatoires ou complémentaires modifie de manière significative leur niveau de prise en charge, le conseil d'administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

Les montants des prestations peuvent varier en fonction de la modification de la réglementation en vigueur. Dans ce cas, ces modifications sont appliquées de plein droit, sans délai et sans formalisme au présent règlement. Ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit aux membres participants dès leur notification par la mutuelle.

13 - CONDITIONS ET MODALITES DE DECLARATION A EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE EN CAS DE PRESTATIONS

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins. Si les prestations sont télétransmises via Noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche n'est nécessaire. Dans le cas contraire, l'adhérent doit transmettre le décompte original à la Mutuelle - en inscrivant le numéro d'adhérent mutualiste - accompagné des justificatifs de paiement (*ticket de caisse ou facture acquittée*).

L'adhérent a l'obligation de déclarer à la Mutuelle tout soin antérieur de nature à remettre en cause la périodicité de prises en charge prévue dans le cadre du contrat responsable.

Pour les prothèses dentaires, le membre participant doit impérativement faire remplir une demande d'entente préalable conforme à la CCAM dentaire applicable par son praticien avant le début du traitement et l'adresser à la Mutuelle pour qu'elle détermine et valide le montant de la prise en charge. Lors de la demande de remboursement, ce document sera rapproché du décompte Sécurité Sociale.

14 - DELAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

GAMMA

Pour les personnes hospitalisées à la date d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Pour les personnes qui adhèrent en cours d'année, le droit au forfait journalier hospitalier est calculé au prorata de la durée d'adhésion sur l'année civile. Ce forfait journalier est pris en charge dans son intégralité sans limitation de durée, hors maison d'accueil spéciale (MAS), séjours de longue durée et EHPAD.

Les travaux de prothèses dentaires engagés avant la date d'adhésion à la Mutuelle ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution (ou de facturation) est postérieure à l'adhésion.

15 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national.

1) Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la Mutuelle.

Au retour, sous réserve de la présentation des factures détaillées et d'un décompte de la Sécurité Sociale (remboursement de soins suite à présentation du formulaire S3125), la Mutuelle procède au remboursement en appliquant les taux de remboursement prévus au contrat aux tarifs de convention figurant sur ledit décompte. Les dispositions de l'article 13 sur les prothèses dentaires et les hospitalisations s'appliquent également.

En cas de soins programmés, l'accord préalable est précédé impérativement d'un accord préalable de prise en charge du régime obligatoire.

2) Dans les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française ou dans l'Union Européenne (Carte Européenne d'Assurance Maladie - CEAM), en l'absence d'avance de frais par le membre participant ou de remboursement sur place par l'organisme de sécurité sociale du lieu de séjour, la Mutuelle n'interviendra pas.

16 - INFORMATIONS A TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHERENTS ET DE LEURS AYANT DROITS

Dans le cadre d'une naissance, d'une adoption, d'un mariage, d'un concubinage, de la signature d'un pacte civil de solidarité, d'un départ à la retraite ou d'un décès les changements de situation prendront effet au 1^{er} jour suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. La prime naissance, si elle est prévue par la garantie souscrite, ne sera versée que si le changement de situation a été reçu par la Mutuelle dans ce délai.

Passé le délai de trois mois, les modifications demandées interviendront au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La cotisation afférente à l'adhésion d'un nouvel ayant droit est due à compter de la date d'effet de son adhésion.

Les enfants étudiants restent couverts par l'adhérent principal jusqu'à leur 26^e année. À l'issue de la dernière année scolaire, l'ayant droit peut rester couvert par l'adhérent principal jusqu'au 31 décembre de l'année en cours sauf s'il a trouvé un emploi.

17 - CAS OUVRANT DROIT A RESILIATION ANTICIPÉE

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du mois durant lequel le décès a eu lieu est remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

Sur présentation d'une pièce justificative en cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du premier jour suivant la date de réception par la Mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité :

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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

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

Le bénéficiaire d'une Complémentaire Santé Solidaire entraîne la résiliation anticipée du contrat à dater du premier jour du mois qui suit la présentation du justificatif de l'ouverture de ses droits par le membre participant.

18 - MODIFICATION DES GARANTIES CHOISIES

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration en cas de délégation de pouvoir conformément à l'article L.114-11 du Code de la Mutualité est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion et des montants des cotisations est opposable à l'adhérent dès sa notification ou à la date à laquelle l'information de son existence est portée à sa connaissance.

L'adhérent peut demander la modification de sa couverture santé à la Mutuelle par voie d'avenant, en adressant une demande écrite ou en se rendant en agence un mois avant l'échéance annuelle du 1^{er} janvier.

Toute demande de changement de niveau de garantie ne peut intervenir qu'après une période de 24 mois consécutifs d'adhésion à un niveau de garantie, sauf avis contraire de la Commission des secours ou l'organe décisionnel compétent.

En cas d'ALD en cours d'année, d'admission en maison de retraite en cours d'année ou de difficulté de paiement, l'adhérent concerné pourra voir sa garantie modifiée en cours d'année à sa demande sous condition d'accord écrit de la Mutuelle.

19 - PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants droit victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La Mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

20 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du participant, 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations de type prime de naissance ou de mariage, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil (exercice d'une action en justice, une mesure conservatoire en application du Code des procédures civiles, reconnaissance de droit du bénéficiaire et l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée) et 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 avec accusé de réception adressée par la Mutuelle ou l'Union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'Union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

21 - LOI APPLICABLE

La loi française régit les relations contractuelles et précontractuelles. La Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

22 - DISPOSITION DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :

GROUPE ENTIS

DPO

39, rue du Jourdil – Cran-Gevrier

CS 99050

74992 ANNECY Cedex 9

Ou par mail à l'adresse suivante : dpo@mutuelles-entis.fr

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

22.1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités :

- l'identification du membre participant et des bénéficiaires,
- l'appréciation, la tarification, le contrôle et la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion des prestations,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles,
- le cas échéant, la passation des contrats auprès d'un organisme assureur succédant à la mutuelle.

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales pour des produits du groupe ENTIS, ainsi que des offres des partenaires du groupe.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment. Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

22.2 Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service commercial, les personnels en charge de traiter la relation client, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

GAMMA

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux).

Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

22.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

22.4 Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexacts le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement).

Le membre participant peut également retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle ou groupe ENTIS, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à

l'adresse suivante : **A l'attention du D.P.O. 39, rue du Jourdil – Cran-Gevrier**

CS 99050 74992 ANNECY Cedex 9 ou par mail à l'adresse suivante : dpo@mutuelles-entis.fr

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

23 - AUTORITE DE CONTROLE

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

24 - RECLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletin d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle des Travailleurs de la région Givordine (MTRG)

Service Réclamation

1 Rue Robespierre

69700 GIVORS

GAMMA

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

25 - MEDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

GROUPE ENTIS

A l'attention de Madame / Monsieur le Médiateur
39, rue du Jourdil – Cran-Gevrier
CS 99050 74992 ANNECY Cedex 9

Où par mail à l'adresse suivante : mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen.

Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige. Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant la réception de la réclamation.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

26 - REGLEMENTATION RELATIVE A LA DIRECTIVE DISTRIBUTION ASSURANCE

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlée lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,
- Conseille les adhérents au mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leurs exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

Annexe 1 : tableau de cotisations

Les cotisations sont fixées distinctement et réparties entre les 3 zones géographiques définies comme suit :

- La Zone 1 concerne les départements suivants : 06 - 11 - 13 - 30 - 34 - 48 - 66 - 75 - 77 - 78 - 83 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 2A - 2B
- La Zone 2 concerne les départements suivants : 02 - 08 - 10 - 14 - 18 - 21 - 25 - 27 - 28 - 36 - 37 - 38 - 39 - 41 - 45 - 50 - 51 - 52 - 58 - 60 - 61 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 74 - 76 - 80 - 89 - 90 ;
- La Zone 3 concerne les départements suivants : 1 - 3 - 4 - 5 - 7 - 9 - 12 - 15 - 16 - 17 - 19 - 22 - 23 - 24 - 26 - 29 - 31 - 32 - 33 - 35 - 40 - 42 - 43 - 44 - 46 - 47 - 49 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 59 - 62 - 63 - 64 - 65 - 72 - 73 - 79 - 81 - 82 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976

Annexe 2 : tableau de garanties

Conformément au tableau repris ci-dessous, le membre participant a le choix entre 4 formules proposant différents niveaux de garanties croissants.