

ESPACE MUTUALISTE GIVORDIN – M.T.R.G.
Mutuelle immatriculée à l'INSEE sous le n° 302 655 766
LEI n° 969500RSNDH6PSHUSG70
soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

REGLEMENT MUTUALISTE

1 – OBJET DU RÈGLEMENT 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 existants 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 La gamme SUPRA est un régime surcomplémentaire, les options choisies interviennent en complément du remboursement du régime de Sécurité Sociale et d'une complémentaire santé socle. **Les garanties de la gamme SUPRA ne sont pas responsables.**

2 – CONDITIONS D'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit prend effet à la date d'adhésion au contrat complémentaire santé socle ou, si la demande d'adhésion est postérieure à la prise d'effet du contrat complémentaire santé socle, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de son dossier complet (cotisation comprise) par la mutuelle. 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 01/01/2021, la 1^{ere} échéance est le 31/12/2021. Pour une adhésion 01/06/2021, la 1^{ere} échéance est le 31/12/2022.

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

L'adhésion à la garantie surcomplémentaire SUPRA est réservée aux personnes ayant adhéré à un contrat de complémentaire santé collective à adhésion facultative ou obligatoire auprès de la Mutuelle ou ayant adhéré à une garantie complémentaire santé du règlement de la Mutuelle, et leurs ayants droit. Cette garantie complémentaire santé socle doit répondre aux critères du « contrat responsable », conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. L'adhésion à la garantie SUPRA, créant un contrat juridiquement distinct, ne remet pas en cause le caractère de « contrat responsable » de la garantie complémentaire santé socle.

L'adhésion du membre participant à la garantie surcomplémentaire SUPRA entraîne l'adhésion de ses ayants droits couverts par la garantie complémentaire santé socle.

L'adhésion à la garantie SUPRA n'est ouverte que jusqu'au 31 décembre du 70ème anniversaire de l'adhérent.

L'adhésion à la garantie SUPRA n'est pas ouverte aux bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).

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 options 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- COTISATIONS VARIABLES

Conformément à l'article R212-9 du code de la mutualité, le montant maximal de cotisation ne peut être inférieur à une fois et demie le montant de la cotisation normale nécessaire pour faire face aux charges probables résultant des sinistres et aux frais de gestion.

5 - CONDITIONS ET MODALITÉS 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.

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 leur est applicable (par exemple, en cas de modification du taux de la fiscalité). Dans ce cas, ces modifications sont appliquées de plein droit, sans délai et sans formalisme au présent règlement. Elles s'imposent à l'organisme et aux membres participants.

6- LES MODALITÉS 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 18 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.

7- DÉTERMINATION DES PÉRIODES 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 9 du présent règlement.

8 - DÉLAI 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.

9 - SUSPENSION OU REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé de plus de trois mois à l'étranger,
- détention à caractère pénal.

Pour bénéficier de cette suspension et sous réserve de l'accord de la Mutuelle, le membre participant doit fournir 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.

Le droit aux garanties reprend au terme de la période temporaire ainsi définie.

Par ailleurs, les prestations venant en complément des remboursements effectués par la complémentaire santé socle, le droit aux garanties est suspendu en cas de suspension de la garantie complémentaire santé socle. Le droit aux garanties reprend lorsque la garantie complémentaire santé socle reprend effet.

10 - CHANGEMENT D'OPTION / GARANTIE

La garantie souscrite peut être modulée en plusieurs options distinctes.

Lors de la souscription, l'adhérent choisit la garantie et le cas échéant le niveau de garantie (option) correspondant à ses besoins.

Passé le délai d'un an à compter de la souscription, l'adhérent peut à tout moment solliciter un changement de sa garantie et/ou option.

Toute personne souhaitant procéder à un changement de garantie et/ou d'option au sein de la garantie souscrite doit en faire la demande à la mutuelle.

Cette demande fait l'objet d'une étude des besoins de l'adhérent et donne lieu soit au maintien de la garantie/option existante en l'état soit à la souscription de la nouvelle garantie/option choisie par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Tout changement de garantie/option a pour effet la résiliation de la garantie/option en cours et la souscription de la nouvelle garantie/option à la date d'effet visée au bulletin d'adhésion.

=Les changements de garantie/option sont soumis aux dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité et font courir un nouveau délai incompressible de souscription d'un an.

SUPRA

Par dérogation à ce qui précède à la demande motivée de l'adhérent, la mutuelle peut accepter un changement de garantie/option par anticipation au délai incompressible précité.

Cette acceptation est à la discrétion de la mutuelle qui apprécie suivant les motifs présentés pour justifier d'un changement anticipé (ALD, changement de situation familiale ..)

11 – RÉSILIATION 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.

Est radié de la garantie tout bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire.

Est radié de la garantie tout membre participant n'étant plus adhérent à une garantie complémentaire santé socle responsable souscrite auprès de la Mutuelle.

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 prévus 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, l'exclusion et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf Complémentaire Santé Solidaire 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.

12 – RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Pour les contrats individuels, le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre. Pour cela, il devra notifier sa dénonciation au moins deux mois avant l'échéance :

- Soit par lettre adressée au siège social : Mutuelle des Travailleurs de la Région Givordine - Service résiliations – 1 rue Robespierre 69700 GIVORS,
- Soit par email à l'adresse unique suivante : info@mtrg.fr,
- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse suivante <https://www.mtrg.fr>,
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle, remise contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Il pourra également dénoncer son adhésion à sa garantie santé, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités. Dans ce cas, la dénonciation d'adhésion ou la résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en aura reçu notification par le membre participant. Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, c'est à ce dernier qu'il doit manifester son intention de résilier la garantie pour le rejoindre. Les formalités de résiliation seront alors réalisées par le nouvel organisme assureur par voie de courrier recommandé ou de lettre recommandée électronique, en respectant les mentions obligatoire visées par décret.

A réception de la résiliation formulée par l'adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l'adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d'effet de cette résiliation. A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, l'adhérent, ou le nouvel assureur, devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation. **Tout changement de garantie ou d'option, donne lieu, à compter de sa prise d'effet, à l'ouverture d'une nouvelle durée incompressible d'un an préalablement à l'exercice du droit à résiliation.**

13 – CONSÉQUENCES DES RÉSILIATIONS SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS

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

SUPRA

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 indûment perçu à la Mutuelle. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit de récupérer le montant indûment perçu par tout moyen mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire, y compris par le prélèvement des sommes indûment perçues sur les prestations à venir.

La démission ou radiation met un terme à tous droits à prestations, y compris pour les prestations ayant fait l'objet d'un accord de prise en charge délivré antérieurement à la date d'effet de la démission ou radiation. Dans ce cas, seules seront versées par la Mutuelle les prestations visées par l'accord de prise en charge ayant fait l'objet de soins ou d'actes réalisés avant la date d'effet de la fin du contrat.

La carte d'adhérent à la mutuelle n'est utilisable et n'ouvre droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations. **La carte doit être restituée à la mutuelle en cas de résiliation.**

14 – PRESTATIONS

Les prestations accordées par la Mutuelle sont les suivantes :

- 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.

Les garanties viennent en complément des remboursements effectués par le régime de Sécurité Sociale et la complémentaire santé socle de l'adhérent.

Les prestations en Euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire.

Pour les prestations prévues en fonction du pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (B.R.), la B.R. prise en compte est celle en vigueur à la date des soins.

Une allocation obsèques est intégrée en garantie induite.

Cette prestation est assurée par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle de livre II soumise aux dispositions du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le n° 337 682 660 et sise au 39 rue du Jourdil à CRAN GEVRIER. Les modalités relatives au montant et aux éventuelles limites d'âge pour le bénéfice de la prestation sont indiquées dans le tableau de prestations de la garantie.

Les prestations sont remboursées 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.

Toutes les prestations liées au tiers payant et au dispositif Noémie sont payées sous 2 jours ouvrables. Pour toutes les autres prestations, elles sont payées dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation.

15 – CONDITIONS ET MODALITÉS 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.

16 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉCLARATION À 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.

Les prestations ne pourront faire l'objet de tiers payant.

En cas de prestation prise en charge par le régime de la Sécurité Sociale et la complémentaire santé socle, la prise en charge par la surcomplémentaire ne pourra être effectuée qu'à la réception des pièces justificatives demandées pour la garantie complémentaire santé socle.

En cas de prestation non prise en charge par le régime obligatoire et la complémentaire santé, l'adhérent devra impérativement fournir une facture originale pour pouvoir être remboursé.

17 – 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.

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.

18 – INFORMATIONS À TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHÉRENTS ET DE SES AYANTS-DROIT

Les changements de situation (par exemples : naissance, adoption, mariage, décès, etc.) suivent ceux de la garantie complémentaire santé socle dans les mêmes conditions.

19 – CAS OUVRANT DROIT À RÉSILIATION ANTICIPÉE

L'adhésion cesse de produire ses effets pour le membre participant et ses bénéficiaires lorsqu'ils ne peuvent plus justifier d'une adhésion à une complémentaire santé responsable souscrite auprès de la Mutuelle.

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès 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 1^{er} 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, 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. elle s'effectue par tous supports durables pour l'adhérent et par lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle ; la lettre indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et donnant toutes les précisions permettant d'établir que la résiliation est en relation directe avec l'événement.

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

20 – 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 de 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.

Cette information vaut notification et les modifications s'imposent de plein droit dans les conditions de l'article L221-5 du code de la mutualité.

21 – PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

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

SUPRA

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants-droits 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.

22 – PRESCRIPTION

Conformément à l'article L221-11 du code de la mutualité, Toutes actions 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 fausse 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.

23 – 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.

24 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

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

**A l'attention du DPO du Groupe Entis Mutuelles
39, rue du Jourdil – Cran-Gevrier
CS 99050
74992 ANNECY Cedex 9**

Où 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.

23.1 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.

SUPRA

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).

23.2 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 délégataires 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

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 les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

23.3 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.

23.4 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 inexactes 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 : **GROUPE ENTIS – Service Protection des Données - A l'attention du D.P.O du Groupe Entis Mutuelles. - 39, rue du Jourdil – Cran-Gevrier - CS 99050 74992 ANNECY Cedex 9**

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

Ou auprès de sa mutuelle MTRG 1 Rue Robespierre 69700 GIVORS

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.

25 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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.

26 - 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

Ou par mail à l'adresse suivante : info@mtrg.fr

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.

27 - 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 :

A l'attention du Médiateur du Groupe Entis

39, rue du Jourdil – Cran-Gevrier

CS 99050 74992 ANNECY Cedex 9

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

SUPRA

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.

28 - 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.

29 - FRAUDE

Les garanties souscrites prennent fin de plein droit, et l'adhérent ainsi que ses ayants droits sont déchus de tous droits, en cas de détection par la mutuelle d'une fraude ou d'un délit commis par l'adhérent ou l'un de ses ayants droits au préjudice de la mutuelle, en lien ou impactant les garanties souscrites. La fraude résulte notamment de toute fausse déclaration volontaire, de toute omission volontaire ou de toute production de faux ou usage de faux.

Dans ce cas, les garanties prennent fin à la date de notification du constat de fraude ou de délit par la Mutuelle, les cotisations échues demeurent acquises à la Mutuelle, qui est autorisée à recouvrer les prestations indûment versées.

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 2 formules proposant différents niveaux de garanties croissants.