

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE ORIZEN

Approuvé par le Conseil d'Administration du 7 Juin 2021

CERTIFIÉ CONFORME
La Présidente
Carole HAZÉ

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'CHAZÉ', is written over a large, light-colored oval shape that serves as a signature line.

Solimut
 **utuelle**
de France

TABLE DES MATIÈRES

TITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES	3	TITRE 3. GARANTIES	6
Article 1 : Cadre réglementaire/ raison sociale de la Mutuelle	3	Article 17 : Définitions des garanties	6
Article 2 : Objet de la garantie	3	Article 18 : Garantie en inclusion	8
Article 3 : Conditions d'adhésion	3	Article 19 : Territorialité	8
Article 4 : Formalités d'adhésion	3	Article 20 : Risques exclus	8
Article 5 : Population assurée	3	Article 21 : Impact de la modification du Règlement Mutualiste sur les risques en cours	8
Article 6 : Prise d'effet de la garantie	3	Article 22 : Cessation des garanties	8
Article 7 : Renouvellement, modification, suspension et résiliation de l'adhésion	3	TITRE 4. PRESTATIONS	8
Article 7-1 : Renouvellement	3	Article 23 : Montant des prestations	8
Article 7-2 : Modification de garantie	4	Article 24 : Règlement des prestations	9
Article 7-3 : Résiliation	4	Article 25 : Pièces à fournir / délais de transmission	9
Article 8 : Droit de Renonciation	4	Article 25-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion	9
Article 8-1 : Vente à distance	4	Article 25-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations	9
Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance	4	Article 25-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives	9
Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile	5	Article 26 : Cessation du versement des prestations	9
Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine	5	Article 27 : Prestations indues	10
Article 9 : Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle	5	Article 28 : Contrôle médical	10
TITRE 2. COTISATIONS	5	TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LEGALES	10
Article 10 : Montant des cotisations	5	Article 29 : Fonds social mutualiste/ Fonds de secours	10
Article 11 : Détermination des cotisations	5	Article 30 : Subrogation	10
Article 12 : Modalité de paiement des cotisations	6	Article 31 : Fausse déclaration	10
Article 13 : Révision des cotisations	6	Article 31-1 : Fausse déclaration intentionnelle	10
Article 14 : Remboursement des cotisations	6	Article 31-2 : Fausse déclaration non intentionnelle	10
Article 15 : Incident de paiement	6	Article 32 : Réclamation	11
Article 16 : Défaut de paiement	6	Article 33 : Médiation	11
		Article 34 : Prescription	11
		Article 35 : Protection des données personnelles	11
		Article 36 : Opposition au démarchage téléphonique	12
		Article 37 : Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	12
		Article 38 : Autorité de contrôle	12

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).

La Mutuelle est membre fondateur de l'Union Mutualiste de Groupe Solimut, Union soumise aux dispositions du Code de la mutualité, et immatriculée au répertoire Sirene sous le n°539 793 885.

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

Le présent règlement mutualiste a pour objet de garantir le versement :

- D'une allocation journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident ;
- D'une allocation journalière en cas de convalescence nécessitant des soins consécutive à un accident ;
- D'un capital en cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle :
 - et supérieure à 10% **jusqu'à 69 ans**,
 - et supérieure à 30% **de 70 à 75 ans**.
- D'un capital en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe le sinistre et l'année de naissance de l'adhérent.

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

Le présent règlement mutualiste est exclusivement distribué par la Mutuelle Entrain, et la Mutuelle MGC. Solimut Mutuelle de France est l'organisme assureur de la couverture. A ce titre, Solimut Mutuelle de France est seule débitrice de l'obligation de paiement des prestations aux adhérents et de collecte des cotisations conformément aux dispositions contractuelles.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne souhaitant devenir membre de la Mutuelle, et étant âgé de plus de dix-huit ans et de moins de 76 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.

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 ».

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.

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.

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.

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. 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.

La date de prise d'effet de l'adhésion est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'envoi du bulletin d'adhésion à la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.

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 risques en cours au moment de la modification des garanties seront pris en charge selon le niveau de garantie en vigueur avant la modification.

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 à la Mutuelle 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.

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.

En cas d'envoi postal, la demande de résiliation doit être envoyée à l'adresse suivante :

**Solimut Mutuelle de France
CS 31782 Aubagne Cedex**

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 un site internet, 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 :

> Soit par lettre à l'adresse postale suivante :

**Solimut Mutuelle de France
Service Mutuelles Partenaires
Le Castel Office
7 quai de la Joliette CS 40602
13235 MARSEILLE CEDEX 02**

> Soit par mail : prevoir@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 :

> Soit par lettre à l'adresse postale suivante :

Solimut Mutuelle de France
Service Mutuelles Partenaires
Le Castel Office
7quai de la Joliette CS 40602
13235 MARSEILLE CEDEX 02

> Soit par mail : prevoir@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 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 ;
- **Le niveau de garantie** ;

■ **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 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. GARANTIES

ARTICLE 17 : DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'adhérent bénéficie des garanties indiquées sur son bulletin d'adhésion, pour lesquelles il paye des cotisations.

Les garanties souscrites par l'adhérent sont définies dans le tableau de garantie, annexé au présent règlement mutualiste. **Aucune prestation ne sera versée dans le cadre d'un accident si la date de l'accident est antérieure à la date d'effet de l'adhésion.**

■ **Caractère accidentel**

Tous les sinistres doivent avoir une cause accidentelle pour ouvrir droit aux versements des prestations.

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.

■ **Hospitalisation**

La garantie a pour objet le versement à l'adhérent d'allocations journalières en cas d'hospitalisation causée par un accident, 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.

Pour que la garantie soit due, l'hospitalisation doit débuter dans les deux mois qui suivent la date de l'accident.

En cas de rechute, si celle-ci se situe dans les 3 ans après la date de l'accident, dans la mesure où le crédit d'indemnisation n'aura pas été épuisé lors de la 1^{ère} hospitalisation, la nouvelle hospitalisation sera indemnisée à due concurrence du solde de nombre de jours restants. Les rechutes, pour être indemnisables, devront être la conséquence exclusive d'un accident déjà indemnisé au titre du présent contrat.

Au-delà de trois, les rechutes ne seront pas prise en charge par la Mutuelle même si le crédits d'indemnisation n'est pas épuisé.

■ Convalescence nécessitant des soins

La garantie a pour objet le versement à l'adhérent d'allocations journalières en cas de convalescence nécessitant des soins suite à un accident et **justifiée par un certificat médical**.

La garantie convalescence nécessitant des soins n'intervient qu'à la suite d'une indemnisation au titre de la garantie hospitalisation. Ainsi, la garantie convalescence nécessitant des soins ne sera due que si des allocations journalières en cas d'hospitalisation ont préalablement été versées pour le même sinistre.

Sera considéré comme en situation de convalescence nécessitant des soins tout adhérent bénéficiant d'une hospitalisation à domicile tel qu'encadrée par le code de la santé publique, et justifiant le versement de prestation par la sécurité sociale au titre de l'hospitalisation à domicile. Le médecin hospitalier ou le médecin traitant de l'adhérent doit l'avoir orienté en faveur du dispositif d'Hospitalisation à domicile. L'accord du médecin traitant est toujours nécessaire. Toutefois, dans le cadre de l'Hospitalisation à domicile, la notion de domicile n'est pas uniquement restreinte au domicile personnel de l'adhérent, mais peut également concerner des établissements de santé certifiés par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les soins de suites et de réadaptation qu'ils soient dispensés à domicile ou dans un établissement de santé peuvent donner droit au versement de la prestation d'allocations journalières en cas de convalescence nécessitant des soins dès lors que :

- Les actes chirurgicaux ou orthopédiques pratiqués figurent dans la liste dressée par la Haute Autorité de Santé ;
- La procédure de mise sous accord préalable « soins de suite et de réadaptation » est respectée.

Cela concerne les soins de masso-kinésithérapie, ne nécessitant pas systématiquement une hospitalisation.

La chirurgie ambulatoire n'ouvre pas droit aux prestations allocations journalières d'Hospitalisation, ou de convalescence nécessitant des soins.

■ Incapacité physique permanente d'origine accidentelle

En cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle et supérieure à 10% ou à 30% (selon l'âge de l'adhérent inférieur ou supérieur à 70 ans), 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.

L'Incapacité Physique Permanente doit intervenir dans un délai maximum de 24 mois à compter de la date de l'accident. **À défaut le capital ne sera pas dû.** 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.

■ Décès

La garantie décès a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de la personne couverte au(x) bénéficiaire(s). Pour que la garantie soit due par la Mutuelle, le décès doit survenir dans les deux mois qui suivent la date de l'accident.

Le capital est limité aux frais d'obsèques pour les mineurs de moins de douze ans.

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. A 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 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.

Les prestations sont toujours payées en Euros (€), quel que soit le lieu où s'est réalisé le dommage.

ARTICLE 20 : RISQUES EXCLUS

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste, les conséquences :

- **Directe 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 tremblements de terre, d'inondations, ou de cataclysmes ayant entraîné la reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle ;**
- **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 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 la garantie Allocations journalières en cas d'hospitalisation, sont exclus, en sus, des exclusions prévues pour toutes les garanties :

- **La maternité et les pathologies liées à celle-ci ;**
- **Les séjours dans les établissements et services très spécialisés suivants : les maisons de repos, de convalescence, 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.**

Concernant la garantie Allocations journalières en cas de convalescence nécessitant des soins, sont exclus, en sus, des exclusions prévues pour toutes les garanties :

- **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.**

Concernant la garantie Incapacité Physique Permanente sont exclus en sus des exclusions prévues pour toutes les garanties :

- **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 ;**
- **La maternité et les pathologies liées à celle-ci.**

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 » ;
- L'année du 81^{ème} anniversaire de l'adhérent ;
- En cas de décès de l'adhérent.

À titre dérogatoire, la couverture du risque Incapacité Physique Permanente cesse l'année du 76^{ème} anniversaire 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.

L'affiliation de l'ayant droit cesse en cas de cessation de l'adhésion de l'adhérent, et au plus tard, l'année de son 81^{ème} anniversaire.

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 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 domicilié dans la zone Sepa de l'adhérent ou le cas échéant de son représentant légal.

Par exception, le règlement des capitaux décès s'effectue par chèque bancaire.

■ Hospitalisation et convalescence nécessitant des soins

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », les prestations 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.

■ Crédits d'indemnisation

La garantie ORIZEN 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.

ARTICLE 25 : PIÈCES À FOURNIR / DÉLAIS DE TRANSMISSION

Article 25-1 : 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,
- Un mandat de prélèvement SEPA émanant de Solimut Mutuelle de France, 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 25-2 : 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 physique permanente

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, 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 :

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 nécessaire au règlement de la prestation.

■ Convalescence nécessitant des soins :

En cas de convalescence nécessitant des soins, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle, le certificat médical faisant apparaître :

- La nature des soins effectués ;
- La durée desdits soins ;
- Le cas échéant, en cas de soins de suite et de réadaptation, l'accord préalable de la sécurité sociale.

Sera également demandé :

- L'original, ou la version dématérialisée, du décompte du régime obligatoire ;
- Le cas échéant, un justificatif d'accueil de l'établissement de santé, ainsi que toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaire au règlement de la prestation.

■ Accident :

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 ;
- Les photocopies des décomptes du régime obligatoire ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ Décès :

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.

Article 25-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

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

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Castel Office, 7 quai de la Joliette
13002 Marseille

ARTICLE 26 : 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.

La Mutuelle n'effectuera pas le versement du capital décès si le dommage se réalise à partir de l'année du 81^{ème} anniversaire de l'adhérent ou de son ayant droit. Le versement des prestations sous forme d'Allocations Journalières cesse après le 81^{ème} anniversaire de l'adhérent ou de son ayant droit.

Par exception, la Mutuelle n'effectuera pas le versement du capital en cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle supérieure à 10% si le dommage se réalise après l'année du 70^{ème} anniversaire de l'adhérent.

Après le 70^{ème} anniversaire, l'adhérent peut bénéficier du versement du capital en cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle supérieure à 30%, toutefois la Mutuelle n'effectuera pas le versement dudit capital si le dommage se réalise après l'année du 76^{ème} anniversaire de l'adhérent.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe le sinistre et l'année de naissance de l'adhérent.

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 27 : 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 28 : 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. A 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 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES

ARTICLE 29 : 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 30 : 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 31 : FAUSSE DÉCLARATION

Article 31-1 : 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 31-2 : 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 32 : 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
7 quai de la Joliette, CS 40602,
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 33 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle et après épuisement de ses voies de recours internes, 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 34 : 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 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 « Réclamation - 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 35 : 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 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.

Concernant la préparation des adhésions les données à caractères personnelles feront également l'objet d'un traitement par la Mutuelle Distributrice.

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 Distributrice en charge des opérations de prospection et de préparation des adhésions.
- 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, UGM Solimut, 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.

La Mutuelle s'engage à communiquer à la Mutuelle Distributrice la demande d'exercice de droit de l'adhérent. 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 36 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application de l'article 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 OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, 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 37 : 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 desdites obligations. 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 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 nécessaire 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 nécessaire 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.

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 » du document contractuel.

ARTICLE 38 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

Annexe :

Tableau des cotisations

Tableau de garantie

Tableau de Barème servant de base au calcul du taux d'IPP