

DÉFINITIONS

Bénéficiaire des prestations prévues au présent Règlement les membres participants d'Eovi-Mcd mutuelle qui ont signé le bulletin d'adhésion propre à la Garantie Hospitalière « HOSPITÉO ».

Les membres participants sont les personnes physiques de 16 ans ou moins qui bénéficient et éventuellement font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle, en contrepartie du paiement d'une cotisation.

Ont la qualité d'ayants droit les personnes inscrites par le membre participant en tant que :

- conjoint ou concubin du membre participant, ou partenaire lié à ce dernier par un PACS ;
- les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant et/ou des personnes définies au A, jusqu'à 25 ans, non mariés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille ; ou jusqu'à 28 ans et justifiant de la poursuite de leurs études ou de leur inscription à Pôle emploi et à charge fiscalement ;
- les enfants handicapés légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant ou des personnes définies au A, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement ;
- les ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3^e degré ou alliés au même degré du membre participant, vivant sous le toit de celui-ci et se consacrant exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge du membre participant.

ARTICLE 1 – PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Le présent Règlement est proposé par Eovi-Mcd mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité ; n° SIREN : 317 442 176.

Siège social : 173, rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12.

Il a été adopté par le Conseil d'administration de la Mutuelle en date du 13 octobre 2017.

Les dispositions du présent Règlement ont un caractère général.

Ces Conditions d'ordre général sont complétées par des Conditions particulières figurant sur le bulletin d'adhésion.

L'adhésion au présent Règlement est viagère ; toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 22 ci-après.

ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour but de faire bénéficier le membre participant ainsi que les ayants droit d'une allocation forfaitaire journalière dite « allocation hospitalière ».

Cette allocation est versée en cas d'hospitalisation par suite de maladie ou accident de la vie privée ou professionnelle.

Sont assimilés à une hospitalisation indemnisable :

- les séjours en établissement et service de rééducation fonctionnelle (médecine physique et réadaptation) ;
- et les séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR).

ARTICLE 3 – PERSONNES ASSURÉES

Sont garanties l'ensemble des personnes inscrites sur le bulletin d'adhésion signé par le membre participant et rajoutées ultérieurement sur le contrat, résidant sur le territoire français métropolitain et inscrites à titre obligatoire ou volontaire auprès d'un régime d'assurance maladie.

Le membre participant se doit de fournir à la Mutuelle les justificatifs nécessaires mentionnés dans le bulletin d'adhésion.

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les TOM ne peuvent adhérer à la Mutuelle s'ils ne sont pas couverts par le régime obligatoire.

En cours de contrat, les membres participant qui sont expatriés hors du territoire, ne peuvent plus bénéficier de la garantie à partir de la date de l'expatriation. Sont considérés comme expatriés les travailleurs salariés ou assimilés de nationalité française qui exercent leur activité dans un pays étranger et qui ne sont pas ou ne sont plus soumis à la législation française de Sécurité sociale en vertu d'une convention internationale ou de l'article L. 761-2 du Code de la Sécurité sociale relatif aux travailleurs détachés temporairement à l'étranger.

L'âge limite à l'adhésion est fixé à soixante-dix (70) ans inclus (âge millésime).

ARTICLE 4 – DURÉE

La période d'engagement vaut pour l'année civile et se renouvelle ensuite par tacite reconduction, sauf dénonciation dans les conditions définies à l'article 22 ci-après.

ARTICLE 5 – RISQUES EXCLUS

La Mutuelle ne prend pas en charge les risques connus du membre participant lors de l'adhésion (tels que maladies antérieures à l'adhésion).

Toute hospitalisation est garantie sous réserve des exclusions suivantes :

- les séjours en établissements spécialisés tels que maisons de plein air et de retraite;
- les séjours en établissements et services thermo-climatiques, diététiques, centres héliomarins;
- les séjours en établissements de cure thermale, les séjours en établissements et services de gériatrie en moyen et long séjour;
- les services, cliniques ou hôpitaux psychiatriques;
- les centres médicaux ou psychopédagogiques;
- les séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, maisons d'enfants;
- les hospitalisations à domicile;
- la maternité, sauf cas pathologique. Toutefois aucune grossesse pathologique ne peut donner lieu à indemnisation durant la période de six (6) semaines précédant la date présumée de l'accouchement et de dix (10) semaines suivant la date de l'accouchement si l'hospitalisation est en lien direct avec ce dernier;
- les cures de désintoxication liées à l'alcoolisme, la toxicomanie, la tabagie;
- les accidents dus à un état alcoolique ou sous l'emprise de stupéfiants;
- les traitements esthétiques, de rajeunissement, de check-up;
- les maladies mentales;
- les malformations congénitales et leurs complications;
- les tentatives de suicide ou, du fait intentionnel du membre participant, la participation à des émeutes, actes de terrorisme, sabotage, crimes et faits de guerre civile ou étrangère ; les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation, ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules;
- la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel ; la pratique de tous les autres sports à titre professionnel ; l'usage d'engins volants privés ; la participation à des matches, paris, défis, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou réception d'un engin.

ARTICLE 6 – DÉCLARATION DU MEMBRE PARTICIPANT

L'adhésion est établie d'après les déclarations du membre participant et la cotisation fixée en conséquence.

Le membre participant doit donc répondre avec précision, en déclarant tous les éléments en sa connaissance, aux questions et demandes de renseignement figurant dans la demande d'adhésion. Tout changement concernant l'état civil, le domicile

ou la situation familiale du membre participant ou de l'un des ayants droit doit être signalé à la Mutuelle par le membre participant.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité du contrat : les cotisations versées demeureront acquises à la Mutuelle

PRESTATIONS GARANTIES

ARTICLE 7 – DÉFINITIONS DES PRESTATIONS

En cas d'hospitalisation limitée au nombre de jours ayant fait l'objet d'une prise en charge par un régime obligatoire et d'un bulletin de présence délivré par un établissement hospitalier ou de rééducation fonctionnelle, la Mutuelle sert au membre participant des allocations hospitalières selon les modalités fixées à l'article 12 du présent Règlement.

En établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), la garantie intervient si le séjour fait immédiatement suite à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ou a été programmé avant le terme de l'hospitalisation.

Dans ce dernier cas, pour obtenir le versement des allocations hospitalières prévues au Règlement, le membre participant doit fournir les justificatifs suivants :

- bulletin de situation du séjour hospitalier mentionnant l'hospitalisation médicale ou chirurgicale ainsi que la date de sortie,

- bulletin de présence de la maison de repos ou de convalescence.

Le montant de l'allocation hospitalière est déterminé par les déclarations du membre participant figurant sur le bulletin d'adhésion.

Ce montant est réduit de moitié pour les séjours en établissements ou services de rééducation fonctionnelle et pour les séjours en maisons de repos ou de convalescence.

ARTICLE 8 – DÉLAI D'ATTENTE OU CARENCE

Il est de trois (3) mois à compter de la date d'effet de la souscription, en cas de maladie-chirurgie.

Si l'hospitalisation est la conséquence d'un accident, le délai d'attente est supprimé mais, dans ce cas, la preuve de la cause accidentelle incombe au membre participant.

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle les séjours en établissement hospitalier, de rééducation fonctionnelle et de maison de repos ou de convalescence dont le premier jour se situe pendant la période de délai d'attente définie ci-dessus.

ARTICLE 9 – CRÉDIT D'INDEMNISATION / INDEMNISATION D'UN NOUVEL ARRÊT

Le point de départ de l'indemnisation est fixé au premier jour pour chaque hospitalisation.

Le crédit d'indemnisation est de cent quatre-vingt (180) jours par année civile. Il peut être épuisé en un ou plusieurs séjours hospitaliers et il se reconstitue au 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de souscription en cours d'année, le crédit d'indemnisation est calculé au prorata du nombre de mois effectifs, sur la base de quinze (15) jours de crédit d'indemnisation par mois de souscription pour une hospitalisation, sept jours et demi (7,5) par mois pour un séjour dans un service de rééducation fonctionnelle, deux jours et demi (2,5) par mois pour un séjour dans un service de soins de suite (SSR).

- pour les séjours en établissements et services de rééducation fonctionnelle, le crédit d'indemnisation est de quatre-vingt-dix (90) deux jours et demi (2,5) par année civile ;
- pour les séjours en soins de suite et de réadaptation, le crédit d'indemnisation est de trente (30) jours par année civile ;
- les jours indemnisés dans le cadre des séjours en établissements et services de rééducation fonctionnelle et des séjours en soins de suite, sont décomptés du crédit total d'indemnisation de cent quatre-vingt (180) jours.

ARTICLE 10 – MODIFICATION DE LA GARANTIE

Les modifications de garantie ne peuvent prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année. Elles doivent alors avoir été demandées au plus tard le 31 décembre de l'exercice précédent.

Toutefois, le changement peut intervenir en cours d'année sur présentation de justificatifs lorsqu'il s'agit d'une modification ou d'une adaptation des garanties liée à un changement :

- de régime obligatoire;
- des prestations légales perçues (par exemple : bénéfice ou perte de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire [CMU-C], de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé [ACS]);
- de situation familiale (vie en couple, séparation, naissance, adoption, ayants droit n'étant plus à charge, décès);
- cessation du contrat de travail du membre participant.

La modification doit être demandée au plus tard dans un délai de trois (3) mois suivant la date de l'événement, accompagnée d'un justificatif du changement de situation. Elle prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de l'avenant au bulletin d'adhésion ou du bulletin modificatif signé.

S'il s'agit d'une garantie entraînant le paiement d'une prestation supérieure à la précédente, le membre participant ne doit pas avoir été indemnisé par la Mutuelle depuis au moins un an à la date de la demande. Toutefois, le délai d'attente prévu à l'article 8 du présent Règlement est applicable à compter de cette date.

Toutes les hospitalisations consécutives à une maladie ouvrant droit au versement de la prestation survenue durant ces trois (3) mois, sont indemnisées sur la base de l'ancienne garantie.

La modification de garanties donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion ou d'un bulletin modificatif.

Dans le cas où la demande de changement serait refusée par la Mutuelle, le contrat continuera à s'appliquer selon les précédentes modalités.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

ARTICLE 11 – CONTRÔLE

La Mutuelle se réserve le droit, lors d'une demande de versement de l'allocation hospitalière, de vérifier que l'hospitalisation en cours ne rentre pas dans le cadre des exclusions prévues.

Le médecin-conseil de la Mutuelle adresse une demande de diagnostic médical au médecin traitant du bénéficiaire. À réception, le médecin-conseil de la Mutuelle peut, soit faire procéder au paiement, soit refuser le remboursement et dans ce dernier cas, il justifie sa décision auprès du membre participant.

En cas de contestation, le membre participant peut faire intervenir son médecin traitant (tous les frais restant à sa charge) auprès du médecin-conseil de la Mutuelle, la décision définitive appartenant à ce dernier.

ARTICLE 12 – OUVERTURE DES DROITS ET CONTINUATION DU SERVICE DES PRESTATIONS

Les droits du membre participant une fois ouverts, le premier paiement est effectué sur la base de sa demande d'indemnisation accompagnée d'un bulletin d'hospitalisation et d'un bulletin de situation : les hospitalisations suivantes sont indemnisées au fur et à mesure de la réception par la Mutuelle des prolongations d'hospitalisation et sur présentation du bulletin de situation et de la demande d'indemnisation.

ARTICLE 13 – FIN DE LA PÉRIODE D'INDEMNISATION

Le service des prestations est supprimé à compter du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions exigées par le contrat pour en bénéficier notamment en cas de :

- sortie de l'établissement ouvrant droit à l'indemnisation;
- épuisement des crédits d'indemnisation;
- en cours de contrat en cas d'expatriation hors du territoire métropolitain, selon les modalités précisées à l'article 3 du présent Règlement;
- en cas de résiliation du contrat.

ARTICLE 14 – FORCLUSION

Toute demande de paiement des prestations accompagnée des justificatifs visés à l'article 12 ci-dessus doit, sous peine de forclusion être adressée à la Mutuelle dans un délai de vingt-quatre (24) mois à compter de la date de fin de l'hospitalisation.

COTISATIONS

ARTICLE 15 – COTISATIONS

La cotisation est fixée au bulletin d'adhésion. Elle est révisable à la date du renouvellement du contrat au 1^{er} janvier de chaque année, sur décision de l'Assemblée générale ou du Conseil d'administration en vertu d'une délégation de pouvoir accordée par l'Assemblée générale en application de l'article L. 114-11 du Code de la Mutualité.

La cotisation intégrera toutes les taxes et contributions que la Mutuelle doit acquitter.

Les cotisations varient en fonction de l'âge du membre participant à partir de 18 ans.

Exonération de cotisations : Dès lors que les enfants inscrits au contrat, âgés de 25 ans au plus, sont plus de deux (2), la cotisation du troisième (3) et des suivants est gratuite.

La naissance ou l'adoption d'un enfant ouvre droit à la gratuité de la cotisation de l'enfant pour une durée de douze (12) mois. Le bénéfice de cette gratuité est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat du membre participant dans les trois (3) mois qui suivent la naissance ou l'adoption de l'enfant, sous peine de forclusion.

ARTICLE 16 – PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est annuelle. La date, le mode, le terme et la périodicité du paiement des cotisations sont définies au bulletin d'adhésion. Ils peuvent être modifiés sur demande écrite de la part du membre participant auprès de la Mutuelle. La modification interviendra au plus tôt le premier du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

Le paiement de la cotisation peut être fractionné. Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité. Le fractionnement peut entraîner des frais.

Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour les paiements par prélèvements automatiques sur un compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne ouvert dans un établissement financier français. Le membre participant devra transmettre à la Mutuelle un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse

d'épargne. La première fraction devra être payée le jour de l'adhésion. Les autres fractions sont prélevées directement sur le compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne du membre participant.

Le membre participant, ayant opté pour un mode de paiement autre que le prélèvement automatique (tel que le chèque) les cotisations sont exigibles :

- Au 1^{er} janvier pour les règlements annuels,
- Au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet pour les règlements semestriels,
- Au 1^{er} janvier, au 1^{er} avril, au 1^{er} juillet et au 1^{er} octobre pour les règlements trimestriels

Le paiement en espèces est uniquement autorisé sous la forme de mandat compte. Le membre participant ayant opté pour ce mode de paiement doit se rendre dans le bureau de Poste de son choix.

Incident de paiement

Cas du prélèvement automatique

- En cas de premier rejet d'un prélèvement pour un motif tel que « demande de prorogation » ou « compte insuffisamment provisionné », un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix (10) jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix (10) jours, le prélèvement rejeté est représenté le mois qui suit.

En cas de second rejet de prélèvement pour ces mêmes motifs, l'octroi de ce mode de paiement est supprimé et il sera imputé le cas échéant, des frais relatifs au traitement des dossiers de rejets. Le paiement de la cotisation due devra être obligatoirement effectué par chèque avec périodicité trimestrielle.

- En cas de premier rejet de prélèvement pour tout autre motif, l'octroi de ce mode de paiement est supprimé et il pourra être imputé le cas échéant, des frais relatifs au traitement des dossiers de rejets. Le paiement de la cotisation due devra être obligatoirement effectué par chèque avec périodicité trimestrielle.

Cas du paiement par chèque

En cas de rejet de chèque, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix (10) jours.

Dans tous les cas d'incident de paiement, la Mutuelle applique une procédure de recouvrement telle que définie à l'article « défaut de paiement des cotisations » du présent Règlement. Dans ce cadre, il sera imputé au membre participant des frais de recouvrement tels que prévus à l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité.

L'échéancier de fractionnement retenu sera commun à l'ensemble des garanties souscrites auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 17 – NON PAIEMENT DE LA COTISATION

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues trente (30) 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 a le droit de résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs 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 cotisations 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.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la Mutuelle exigera le remboursement des prestations dont les dates de soins sont postérieures à la date d'effet de la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations.

ARTICLE 18 – SOUSCRIPTION EN COURS D'ANNÉE

En cas de souscription en cours d'année, la cotisation sera calculée au prorata temporis.

ARTICLE 18 BIS – DÉCÈS EN COURS D'ANNÉE

En cas de décès du membre participant ou de l'un de ses ayants droit, la cotisation ou fraction de cotisation relative au bénéficiaire concerné est due jusqu'au jour du décès. Le solde éventuel résultant de la différence entre le montant versé et le montant dû, est restitué au conjoint ou aux ayants droit, sur présentation d'un certificat d'hérédité.

En cas de décès, la radiation du membre participant ou de l'ayant droit décédé prend effet au premier jour suivant le décès. Un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle.

En cas de décès du membre participant l'ayant droit peut être inscrit comme membre participant, et bénéficiaire des mêmes garanties, sous réserve d'en faire la demande dans les (3) mois suivant

la résiliation. Cette couverture est soumise à la signature d'un bulletin d'adhésion. L'adhésion de l'ayant droit inscrit comme membre participant prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf si une autre date est expressément prévue au bulletin d'adhésion.

ARTICLE 19 – LITIGES MÉDICAUX

En cas de contestation sur l'hospitalisation, celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin serait désigné, sur la demande d'un des deux médecins, par le président du conseil départemental de l'ordre des médecins. Les honoraires du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle.

Toutefois, dans le cas où le tiers confirmerait la décision prise par la Mutuelle à l'égard des intéressés, les honoraires seraient alors à la charge de ces derniers.

DATE D'EFFET, DURÉE, SUSPENSION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

ARTICLE 20 – FORMATION ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Formalités d'adhésion : L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

L'ensemble des bénéficiaires doit souscrire la même garantie.

Prise d'effet : L'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature. L'adhésion est effective après paiement de la première échéance de cotisation.

L'adhésion au présent Règlement est viagère. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 22 du présent Règlement.

Entrée en vigueur : Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion, et après extinction du délai de carence prévu à l'article 8 du présent Règlement.

Les maladies et accidents survenus antérieurement sont exclus de la garantie, de même que les séjours en établissement hospitalier, de rééducation fonctionnelle et de maison de repos ou de convalescence dont le premier jour se situe pendant le délai d'attente ou de carence défini à l'article 8 ci-dessus.

ARTICLE 21 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance et à titre non professionnel, le membre participant

dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet...), dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité.

Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

Je soussigné(e) Nom : Prénom : Adresse complète du membre participant : déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat n° et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles. À le / / Signature du membre :

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente jours (30), la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

ARTICLE 22 – DURÉE ET RENOUVELLEMENT

Dès sa formation, le contrat est valable pour l'année civile en cours. Il se renouvelle d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par le souscripteur.

Résiliation à l'initiative du membre participant

La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée démission.

Conformément aux dispositions de l'article

L. 221-10 du Code de la Mutualité, la résiliation annuelle est signifiée par le membre participant à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année. Aucune résiliation n'est donc possible en cours d'année, à l'exception de celles autorisées par le Code de la Mutualité ou le présent Règlement. Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance et doit donc être expédiée au plus tard le 31 octobre de l'exercice. Elle s'applique à tous les bénéficiaires de la garantie. La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion est précisée sur chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction.

La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

Résiliation pour modification du risque

En application de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité, il peut être mis fin, par chacune des parties, à l'adhésion 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.

Il ne peut être mis fin à l'adhésion que si le risque est en relation directe avec la situation antérieure et 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 (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Le membre participant doit demander cette résiliation par lettre recommandée, en indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et communiquer à la Mutuelle les justificatifs de la nouvelle situation.

La Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 23 – SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants, et de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant s'engage à informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de la survenance de cet accident. Le membre participant s'engage également à communiquer à la Mutuelle tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

D'autre part, la Mutuelle est subrogée pour la récupération, auprès des organismes obligatoires, des parts légales avancées par elle pour le compte de ses membres participants et de leurs ayants droit par la pratique du tiers payant.

ARTICLE 24 – RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser au service en charge des réclamations de la Mutuelle notamment par courrier à l'adresse suivante: 353 boulevard du Président Wilson

CS 21645 - 33079 Bordeaux Cedex.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou en cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du Règlement mutualiste, le membre participant peut demander l'avis du médiateur de la Mutuelle.

La réclamation est l'expression écrite, formulée par un membre participant, quel que soit le canal (courrier simple ou recommandé, mail, fax), quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement, d'une

insatisfaction, fondé(s) ou non. Une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constitue pas une réclamation.

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception. Une réponse définitive sera apportée au membre participant dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date de réception de sa réclamation.

Seront traitées les réclamations reçues par courrier (courrier simple ou recommandé, mails, fax) et portant sur des situations individuelles. Y compris les réclamations rédigées par le membre participant sur le formulaire spécifique qui sera mis à sa disposition (remise de la main à la main en agence ou envoi par la plate-forme).

Ce formulaire sera également disponible sur le site internet de la Mutuelle et pourra être téléchargé par le membre participant

ARTICLE 25 – MÉDIATION

En cas de difficulté née de l'exécution ou de l'application du contrat et pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser directement à la Mutuelle en contactant le service en charge des réclamations - 353 boulevard du Président Wilson - CS 21645 - 33079 Bordeaux Cedex afin d'envisager une résolution du litige destinée à satisfaire les deux parties.

En cas de désaccord, et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations en vigueur au sein de la Mutuelle, le membre participant peut demander l'avis du médiateur en s'adressant à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15, ou par mail à l'adresse :

mediation@mutualite.fr

ARTICLE 26 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations régies par le présent Règlement est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci visées aux articles 2240 et suivants du Code civil :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- acte d'exécution forcée,
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 27 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique et aux libertés, le membre participant peut demander à tout moment communication et rectification des informations le concernant figurant sur les fichiers à l'usage de la Mutuelle, en s'adressant au siège de la Mutuelle.

ARTICLE 28 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située 4, Place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.