

# **RÈGLEMENT MUTUALISTE HOSPITÉO**

## **GARANTIES HOSPITALIÈRES**

**VALIDÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION  
DU 8 SEPTEMBRE 2020**

## **PRÉAMBULE**

Bénéficient des prestations prévues au présent Règlement les membres participants d'EOVI-MCD mutuelle qui ont signé le bulletin d'adhésion propre aux garanties hospitalières suivantes :

- Garantie Hospitalière HOSPITÉO
- Garantie Protection Hospitalière MIF
- Garantie Hospitalière ROANNE
- Garantie Hospitalière EMP
- Garantie Hospitalière NOVALIA
- Garantie Hospitalière ARPICA
- Garantie Aide Hospitalière UTIM LIMOUSIN
- Garantie Hospitalière LANGUEDOC MUTUALITE
- Garantie Prévoyance Hospitalière H PLUS MYRIADE
- Garantie Indemnité Journalière Hospitalière MCD

## **DÉFINITION DU MEMBRE PARTICIPANT ET DES AYANTS DROIT**

Les membres participants sont les personnes physiques de 16 ans au 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 3ème 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 08/10/2020.

Les dispositions du présent Règlement ont un caractère général.

Ces Conditions d'ordre général sont complétées par des fiches garanties.

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 Sécurité sociale.

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

Pour la garantie « ROANNE », les enfants nés après la souscription du contrat sont admis sans formalités médicales dans les trois (3) mois qui suivent la date de naissance.

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les COM 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).

Les fiches garanties complétant le présent règlement mutualiste peuvent prévoir des exclusions supplémentaires propres à chaque garantie.

## 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 un bulletin de présence délivrés par un établissement hospitalier ou de rééducation fonctionnelle, la Mutuelle sert au membre participant des allocations hospitalières selon les modalités fixées à l'article 13 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,
- et le 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.

Par dérogation au paragraphe précédent, pour la garantie « Protection Hospitalière MIF », il est de trois (3) mois, à compter de la date d'effet de la souscription, en cas de maladie-chirurgie, pour les adhérents de moins de cinquante-cinq (55) ans, et de (6) six mois pour les adhérents de plus de 55 ans.

Dans le cadre de la « garantie Hospitalière Languedoc Mutualité », en cas de maternité la garantie hospitalière prend effet à l'issue d'un délai de carence de neuf (9) mois à compter de l'adhésion sauf cas pathologiques.

Pour la garantie « UTIM LIMOUSIN », le délai de carence est supprimé pour les maladies infectieuses et les ayants droit bénéficiant du contrat en tant que membre participant. La preuve du caractère infectieux de la maladie 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

Les règles d'application des crédits d'indemnisation sont fixées dans chacune des fiches garanties.

### ARTICLE 10 MODIFICATION DE LA GARANTIE

Les modifications de garantie ne peuvent prendre effet qu'au 1er 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 Complémentaire santé solidaire (CSS);

- 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. La Mutuelle se réserve également le droit de réclamer toute pièce justificative en complément d'information afférent à l'hospitalisation et aux soins prodigués à l'adhérent. De plus, le médecin conseil peut rendre visite à l'adhérent pour constater son état.

Le refus injustifié de la part de l'adhérent de se soumettre à ce contrôle après mise en demeure par lettre recommandée, entraîne la déchéance pour l'hospitalisation en cause.

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.

Les prestations en cours ou acquises pendant l'exécution du contrat continuent à être versées, en cas de résiliation ou de non-renouvellement.

### **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 1er 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 25 ans.

Lorsque la garantie prévoit des gratuités, celles-ci sont fixées dans les fiches garanties.

## **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 1er janvier pour les règlements annuels,
- Au 1er janvier et au 1er juillet pour les règlements semestriels,
- Au 1er janvier, au 1er avril, au 1er juillet et au 1er 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.

La Mutuelle se réserve aussi la possibilité d'appliquer des frais de recouvrement lors de la mise en demeure.

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.

Pour la garantie HOSPITÉO, 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 RENOUELEMENT**

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 1er 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 :

- soit par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15,
- soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <http://saisine.mediateur-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 portée 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 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), le membre participant



reconnait avoir été informé par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du membre participant et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits, l'évaluation ou l'anticipation des changements de situation des membres participants et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Le membre participant reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant et concernant ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données du membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle ainsi que ses tiers autorisés, et notamment ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités. La liste des tiers autorisés est disponible sur le site internet de La Mutuelle via la Charte de protection des données.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

La Mutuelle est susceptible de traiter des données personnelles collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette

durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post-mortem de ces données. Les membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le membre participant et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité comportant la signature du demandeur (carte d'identité, passeport) et d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : EOEVI-MCD Mutuelle - Groupe AÉSIO, Délégué à la Protection des Données, 25 place de la Madeleine 75008 PARIS

- par mail à l'adresse suivante :  
eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le membre participant et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

## **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 9.

