



LE REGLEMENT MUTUALISTE

Relevant du livre II
SIREN 776 950 677



70 Boulevard Matabiau BP 7051
31069 TOULOUSE CEDEX 7
Tél 05 62 73 33 40 Fax 05 61 63 03 77

Objet :

Un règlement mutualiste approuvé par le Conseil d'Administration détermine les conditions d'application des statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et qu'au règlement intérieur. Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement des modifications qui s'appliquent immédiatement : celles-ci sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants ou honoraires.

CHAPITRE 1^{er}
OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

Catégorie de bénéficiaires

Article 1^{er}

La Mutuelle se compose de membres participants (assurés sociaux et ayants droit) et de membres honoraires.

CHAPITRE 2
OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

Droits d'admission – Cotisations

Article 2

Réservé

Article 3

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle fractionnée mensuellement qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur employeur dans le cadre des contrats collectifs ou des contrats individuels.

Les cotisations sont fixées en fonction des options souscrites et des tranches d'âge s'y rapportant.

Ces cotisations incluent les cotisations spécifiques destinées à des organismes supérieurs (fédérations, unions) ou techniques, de services, de publications..., cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

Article 4

Les membres honoraires personnes physiques peuvent payer une cotisation dont le montant sera fixé par le Conseil d'Administration

Article 5

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

CHAPITRE 3
CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 6

Les cotisations établies par le Conseil d'Administration (article 26 des statuts) sont toujours exigibles pour l'année calendaire, aucune exonération ne pourra être demandée sauf dispositions particulières prévues au présent règlement. Les cotisations sont perçues d'avance, de la manière suivante :

- ◆ Par prélèvement
- ◆ Par chèque (postal ou bancaire)
- ◆ Exceptionnellement en espèces
- ◆ Par le service paye des entreprises

Article 7

Tout membre participant qui négligerait de signaler la situation réelle de ses enfants et pour lesquels la Mutuelle aurait, du fait de ses Statuts et Règlement Intérieur, appliqué une catégorie incompatible avec cette situation, devra s'acquitter du rappel de cotisations dont le décompte sera établi par les Services

Administratifs. Ce rappel ne pourra excéder six mois de cotisations. De même si une modification non signalée avait conduit la Mutuelle à percevoir des cotisations à tort, l'adhérent ne pourrait demander le remboursement de ces cotisations que pour un montant équivalent à six mois de cotisation maximum.

Les membres participants sont priés de vérifier chaque mois les retenues de cotisations effectuées sur leurs relevés bancaires et d'adresser leurs réclamations immédiatement aux Services Administratifs de la Mutuelle.

CHAPITRE 4

CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 8

Tout enfant, d'un membre participant, naissant, devra obligatoirement être signalé aux Services Administratifs de la Mutuelle par un bulletin de naissance dans le plus bref délai. Les droits de l'enfant seront ouverts immédiatement.

Article 9

Tout relevé de prestations payé par la Sécurité sociale est prescrit par deux ans et un trimestre à compter de l'événement qui y donne naissance (date d'émission du décompte ou de la facture). Passé ce délai, il ne sera pas remboursé par la Mutuelle.

Toutefois, ce délai 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 avec accusé de 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 28 du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations 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

Article 9 bis

En cas de changement de garantie en cours d'année, les consommations des différents forfaits de la précédente garantie seront décomptées automatiquement de la nouvelle garantie et ce, jusqu'à la fin de l'année civile.

Article 10

Lorsque les demandes de remboursement n'ont pas fait l'objet de transmission par flux informatique, la Mutuelle ne procédera à leur règlement que si elles sont accompagnées :

- Des décomptes originaux du régime obligatoire d'assurance maladie et/ou de tout organisme complémentaire d'assurance maladie,
- Des factures et reçus acquittés accompagnant les pièces justificatives des sommes engagées.
- Dans le cadre de soins ou fournitures refusées par le régime de base, il convient d'ajouter également la facture originale acquittée et la copie du refus dudit régime.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge de l'Assuré. En cas de déclaration frauduleuse, la mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Les prestations pour lesquelles la Mutuelle a délivré des bons de prise en charge seront payées directement par les soins du Service Administratif aux professionnels de santé et établissements ayant signé les conventions passées avec la Mutuelle et accepté ce mode de paiement.

Article 11

La Mutuelle ne paiera les prolongations de séjour en clinique qu'après accord du Régime Obligatoire pour les assurés sociaux.

Article 12

Sauf dans les cas de tiers payant intégral permettant à la Mutuelle de s'acquitter directement de la totalité des frais engagés, pour le membre participant ou ses ayants droit et dans les limites prévues au présent règlement, la Mutuelle n'intervient qu'après la participation de la Caisse d'Assurance Sociale dont relève l'adhérent.

Les remboursements des frais de soins sont alors remboursés par la Mutuelle au vu des documents transmis par le Régime Obligatoire et/ou par le professionnel de santé dans les hypothèses de télétransmission.

A défaut de télétransmission, les remboursements sont effectués sur présentation d'un décompte du Régime Obligatoire, accompagné, selon les options et les prestations, d'une prescription médicale.

Les demandes de remboursement doivent parvenir à la Mutuelle dans le délai prévu à l'article 9. La Mutuelle décline toute responsabilité et n'effectuera aucun règlement concernant des opérations pour lesquelles une prise en charge de la Mutuelle aurait été utilisée, alors même que l'intéressé n'aurait pas d'ouverture de droits par le Régime Obligatoire.

Article 13

L'adhérent appartenant à une Caisse d'Assurance avec laquelle la Mutuelle n'aura pas signé de convention de télétransmission devra se faire rembourser par sa Caisse et présenter le décompte au Service Administratif pour paiement du ticket modérateur.

Article 14 - Démission

La démission est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception, deux mois avant l'échéance de l'année civile (31 octobre).

La démission sera considérée comme effective dès le retour de la carte mutualiste au siège de la mutuelle ou des agences.

Article 15 - Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions fixées aux Statuts, Règlement Mutualiste et Règlement Intérieur, subordonnant l'adhésion et en application des articles L .221.8 et L.221.17 du Code de la Mutualité.

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation depuis trois mois. Cependant, au deuxième mois les prestations sont suspendues à titre conservatoire. La radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée dès l'expiration du délai précité ; La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours. Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Limitation d'âge :

En cas de dépassement de la limitation d'âge dans une garantie « Jeune », c'est-à-dire 29 ans ou 30 ans révolus selon la garantie, il sera proposé à l'adhérent de changer de garantie, et de basculer vers une nouvelle garantie équivalente.

De même, en cas de dépassement de la limitation d'âge d'un ayant droit « enfant », dans une garantie individuelle (27 ans révolus dans les garanties Protec'Ter, et 26 ans révolus dans les autres garanties individuelles), il sera proposé à l'ayant droit de changer de garantie, et de basculer vers une nouvelle garantie équivalente.

Pour ces deux situations, si aucune réponse n'est apportée par l'adhérent ou l'ayant droit à la Mutuelle dans un délai de trois mois, il pourra être radié.

Décès :

En cas de décès de l'adhérent principal, il sera proposé à ou aux ayants droit de devenir adhérent principal du contrat, ou de changer de garantie pour basculer vers une nouvelle garantie équivalente.

Si aucune réponse n'est apportée par le ou les ayants droits à la Mutuelle dans un délai de trois mois, ils pourront être radiés.

Article 16 - Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Président du Conseil d'Administration, ou son représentant, par lettre recommandée avec accusé de réception pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration. Le Président du Conseil d'Administration, ou son représentant, présente un rapport de situation devant le Conseil d'Administration qui peut proposer l'exclusion de ces membres.

Article 17 - Conséquence de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

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

Article 18 – Contrats responsables

La mutuelle applique le contenu des *Contrats Responsables* tels que définis par la réglementation en vigueur (article 22 de ce règlement).

Elle s'engage à communiquer les frais de gestion et d'acquisition comme le stipule l'arrêté du 17 avril 2012. Elle satisfait ainsi les obligations fiscales et sociales.

CHAPITRE 5 OBLIGATION DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Section I Prestations accordées par la Mutuelle

Article 19

Les prestations de la mutuelle sont définies par rapport à la réglementation fixée par le régime obligatoire de Sécurité sociale. En cas de modification de la réglementation du régime obligatoire, la mutuelle peut être contrainte d'ajuster la définition des prestations et/ou des cotisations en conséquence sans que cela constitue une remise en cause du contrat.

Ces modifications sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions suivantes : par courrier, par le journal AMI MUTUALISTE ou par VIVA.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le domaine de la maladie et de la chirurgie sont réparties en options, dont le détail est fourni en annexe.

La Mutuelle prend en charge dans toutes ces options, la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) sauf exception :

- ◆ Le forfait journalier pour maladie et chirurgie suivant les options,
- ◆ Différentes prestations, en supplément du ticket modérateur ou non prises en charges par les Régimes Obligatoires, sont attribuées sous forme de forfait ou de dépassement suivant l'option souscrite par l'adhérent.

Les prestations de la mutuelle ont un caractère indemnitaire. La mutuelle est subrogée dans les droits et actions du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit, contre les tiers responsables.

Article 20

Les membres participants, (à l'exception de ceux relevant de la CMU, qui bénéficiaient de la législation en vigueur) ont droit, en cas de maladie ou de blessure sauf lorsqu'elles relèvent de la législation sur les accidents de travail, de la route, d'activités sportives, de scolarité, et les maladies professionnelles, (dans ces conditions le membre participant s'engage à informer la mutuelle dès que les frais pour lesquels le remboursement est demandé sont liés à la responsabilité d'un tiers)

- a) Au remboursement des frais médicaux (consultations, visites ordinaires ou de spécialistes, de nuit et de dimanche, médicalement justifiées), sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.
- b) Au remboursement des soins dentaires sur les bases ci-dessous :
100 % au maximum du ticket modérateur laissé à la charge des assurés sociaux par le Régime Obligatoire dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant, plus une somme forfaitaire en matière de prothèse, le montant en étant fixé par l'option souscrite.
- c) Pour tous les médicaments prescrits sur ordonnance par médecin, à l'exclusion des produits, appareils et accessoires non remboursés par le Régime Obligatoire, même s'ils ont été prescrits par un médecin, au remboursement sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.
- d) La mutuelle ne prend pas en charge les médicaments dont le taux de prise en charge par le Régime Obligatoire est inférieur à 35 % **sauf pour les contrats qui le prévoient**. Pour le vaccin anti-grippe non pris en charge par la Sécurité sociale, prise en charge à 100 %, selon l'option souscrite, prise en charge de 2 prestations préventions prévues par le décret « contrat responsable ».
- e) Au versement d'une allocation égale au montant du forfait hospitalier en cas d'hospitalisation dans les établissements MCO, SSR et psychiatrique
- f) Au versement d'une allocation couvrant les frais de lit d'accompagnant pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale pour les enfants de moins de 15 ans, selon les modalités du contrat.
- g) Au remboursement des appareils orthopédiques, bandages, optique médicale, sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) laissé à la charge des assurés sociaux par le Régime Obligatoire plus un forfait optique déterminé par l'option souscrite.
- h) A un forfait, pour les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale, déterminé par l'option souscrite.
- i) Un forfait pour l'achat de prothèse capillaire consécutif à une chimiothérapie, en fonction de l'option souscrite.
- j) A un forfait pour les prothèses mammaires dans le cas du cancer du sein, en fonction de l'option souscrite.
- k) Au remboursement des examens et traitements d'électroradiologie, sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) laissé à la charge des assurés sociaux par le Régime Obligatoire dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.

l) Au remboursement des analyses : sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) du ticket modérateur laissé à la charge des assurés sociaux par la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.

m) Pour les cures thermales et à un forfait (honoraires médicaux et établissement thermal) déterminé par l'option souscrite.

n) Pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé et permanent, sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) pendant une durée maximum d'un mois pour les assurés sociaux, selon l'option souscrite.

Toutes ces prestations seront calculées en fonction des tarifs opposables du Régime Obligatoire.

Article 21

La Mutuelle verse les prestations définies dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle et aux conditions prévues par celle-ci aux adhérents qui l'auraient choisie comme gestionnaire du Régime Complémentaire.

Article 22

NON PRISE EN CHARGE

La mutuelle ne prend pas en charge :

- ◆ La participation forfaitaire prévue à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale sur les actes et consultations médicales.
- ◆ La franchise forfaitaire annuelle applicable sur les médicaments, les actes effectués par les auxiliaires médicaux sauf dans le cadre d'une hospitalisation, les transports en véhicule sanitaire, à l'exception des transports d'urgence.
- ◆ Les majorations de participation prévues à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans des cas autres que ceux autorisés par la loi, les règlements ou les conventions médicales.
- ◆ Les dépassements d'honoraires des médecins dès que les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par le législateur et les conventions médicales, y compris en fonction de l'option souscrite (sauf l'option de coordination).
- ◆ La majoration de participation prévue à l'article L.161-36-2 du code de la Sécurité sociale pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'accès à son dossier médical personnel.

Article 23

Montant du remboursement :

a) Honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste et de l'assistant, à une somme égale à la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire et son tarif conventionné,

b) Forfait opératoire, examen radiologique et de laboratoire, à une somme égale à la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire et son tarif conventionné,

c) La pharmacie extra usuelle : le règlement de la fourniture sur ordonnance des produits pharmaceutiques remboursables par le Régime Obligatoire est égal à la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire et le montant total de l'ordonnance.

Article 24

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent et après tout autre remboursement.

Article 25 :

Selon la nature des contrats souscrits, MUTAMI intervient également dans le domaine natalité/obsèques. Ces garanties, non viagères, sont conclues pour une durée d'un an.

MUTAMI n'est pas liée au-delà de l'année en cours. Toutefois, seule l'assemblée générale, par décision spéciale, peut continuer à proposer ces prestations l'année suivante.

Article 26

L'adhésion à la Mutuelle est annuelle. L'engagement du mutualiste dans une option spécifique s'entend pour l'année civile, renouvelé par tacite reconduction.

CHAPITRE 6 DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27 -Réclamations

Les adhérents de la Mutuelle ont la possibilité de contacter le service des réclamations pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime. Les réclamations doivent être adressées :

- Par courrier à l'adresse suivante : MUTAMI service Réclamations 70 boulevard Matabiau BP 7051 31069 TOULOUSE cedex 7
- Ou par mail à l'adresse reclamations@mutami.fr

Un accusé réception sera établi dans les 10 jours ouvrés à compter de la date de réception de la réclamation.

Une réponse sera faite sous deux mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Article 28 - Médiation de la consommation

Si le litige entre un adhérent et la Mutuelle perdure, suite à une irrésolution par voie de réclamation(s), ou à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite, cet adhérent peut saisir le Médiateur de la consommation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue Vaugirard 75719 PARIS cedex 15
- Soit par l'adresse mail : mediation@mutualite.fr
- Soit directement par le formulaire figurant 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.

Article 29 – Définitions générales des prestations

Chaque adhérent reçoit une information spécifique relative aux conditions particulières de son contrat.

Article 30 - Autorité de Contrôle

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité, disposition du Livre II.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située :

4 Place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

Article 31 – LCB-FT

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

(notamment les dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104 codifiées aux articles L561-1 du code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).

Article 32 – Loi applicable :

La loi applicable au Règlement est la loi Française, même si le risque est situé hors de France. Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national. Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la Mutuelle.

Article 33 – Règlement Général sur la Protection des Données :

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle réglementée par les dispositions statutaires de cette dernière, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat ainsi qu'à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la prospection des adhérents potentiels, à la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques.

Elles peuvent également être utilisées :

i) pour répondre aux intérêts légitimes de la Mutuelle et notamment, la protection et le développement de ses activités, l'amélioration de ses produits et des services offerts aux adhérents, la recherche de nouveaux produits et de nouveaux adhérents, la lutte contre la fraude et

ii) pour satisfaire des obligations légales et réglementaires et notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les déclarations et prélèvements obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques, comme les déclarations et prélèvements fiscaux et sociaux.

Les données ainsi recueillies permettent, également, à la Mutuelle de proposer à l'adhérent des garanties autres adaptées au regard de son profil (notamment de son âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau de revenu, etc...) notamment dans le cadre de son devoir de conseil.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, les organismes de sécurité sociale, administratifs et judiciaires définis par la loi et organe 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 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 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, les assureurs en inclusion, les sous-traitants, les réassureurs, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Ainsi 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 du prospect/adhérent ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation/adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales relatives aux garanties prévues choisies par l'adhérent (se reporter à l'article « prescription ». Il est également précisé qu'en cas de contestations, contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.).

Conformément à la réglementation, l'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, s'adresser à Monsieur Florian CAMILLERI, 146A avenue de Toulon 13010 Marseille, ou par mail à DPO.UGM@solimut.fr. Le délai de réponse de la Mutuelle est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent ou son/ses ayant droits, souhaitent faire valoir leur droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, la Mutuelle rappellera 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 contrat, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent pourra, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si le membre participant ou ses ayants droit qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, pourra 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.

Il pourra également s'opposer à tout démarchage commercial de la part de la Mutuelle en faisant la demande auprès du Service Administratif.