



Contrat collectif à adhésion obligatoire

Conditions générales

Édition janvier 2024



**Conditions générales
contrat collectif santé
à adhésion obligatoire**

Sommaire

Lexique	Page 5	
Chapitre I	Dispositions générales	Page 11
Article 1 -	Objet du contrat	Page 11
Article 2 -	Dispositif réglementaire.....	Page 11
Article 3 -	Date d'effet et durée du contrat.....	Page 12
Article 4 -	Modification du contrat.....	Page 12
Article 5 -	Le salarié et ses ayants droit	Page 13
Article 6 -	Étendue territoriale	Page 13
Chapitre II	Fonctionnement du contrat	Page 14
Article 7 -	Formation du contrat.....	Page 14
Article 8 -	Obligations du souscripteur à l'égard de la mutuelle.....	Page 14
Article 9 -	Obligations du souscripteur à l'égard des adhérents.....	Page 15
Article 10 -	Affiliation des salariés et des ayants droit lors de la mise en place du contrat.....	Page 15
Article 11 -	Affiliation des salariés et des ayants droit postérieurement à la mise en place du contrat ..	Page 15
Article 12 -	Ajout ou suppression d'un ayant droit.....	Page 16
Article 13 -	Réticence et fausse déclaration intentionnelle..	Page 16
Article 14 -	Radiation d'un adhérent	Page 16
Article 15 -	Changement de niveau de garanties	Page 16
Article 16 -	Cotisations	Page 17
Article 17 -	Résiliation du contrat	Page 18
Chapitre III	Prestations garanties	Page 20
Article 18 -	Bases et limites des remboursements.....	Page 20
Article 19 -	Libre choix	Page 20
Article 20 -	Tiers payant.....	Page 20
Article 21 -	Documents d'ouverture de droits.....	Page 20
Article 22 -	Contrôle médical des prestations	Page 21
Article 23 -	Description des prestations.....	Page 21
Article 24 -	Limites appliquées aux remboursements.....	Page 21
Article 25 -	Risques exclus	Page 21
Article 26 -	Couverture des accidents	Page 22
Article 27 -	Subrogation	Page 22
Article 28 -	Prescription.....	Page 23
Article 29 -	Forclusion	Page 23
Chapitre IV	Dispositions diverses	Page 24
Article 30 -	Le traitement des réclamations.....	Page 24
Article 31 -	Charte protection des données personnelles ...	Page 25
Article 32 -	Communication d'informations ou de documents sur support durable.....	Page 26

Accident

Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré non intentionnelle de sa part et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Actes hors nomenclature

Il s'agit de soins et actes de santé non remboursés par la Sécurité sociale et qui ne figurent notamment pas sur la Liste des Produits et Prestations (LPP).

Acupuncture

Branche de la médecine chinoise traditionnelle consistant à piquer avec des aiguilles des points précis de la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies, diminuer la douleur ou notamment aider à l'arrêt du tabac.

Adhérent ou membre participant

Salarié ou ancien salarié de l'entreprise ou membre de la personne morale souscriptrice qui bénéficie des prestations du contrat collectif et en ouvre le droit, le cas échéant à ses ayants droit.

Affection Longue Durée (ALD)

Maladie reconnue par l'Assurance Maladie Obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la Base de Remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

C'est le médecin conseil de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire qui accorde les droits à cette prise en charge sur demande du médecin traitant.

Affiliation

Acte par lequel le membre participant et le cas échéant ses ayants droit, sont inscrits sur le contrat collectif afin de bénéficier des prestations de la mutuelle.

Appareillage

Matériels médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Assurance Maladie Obligatoire

Régimes obligatoires français couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Auriculothérapie

Thérapeutique dérivée de l'acupuncture traditionnelle qui consiste à traiter différentes affections du corps par la piqûre de points déterminés du pavillon de l'oreille. Elle est notamment utilisée en matière d'aide à l'arrêt du tabac.

Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux, à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues.

Ayants droit

Membres de la famille de l'adhérent (conjoint, concubin, pacs, enfants à charge), bénéficiaires des garanties du contrat, désignés en cette qualité sur le bulletin d'affiliation.

Base de remboursement (BR)

Tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la Sécurité sociale et celui de votre mutuelle. Il s'agit de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession ;
- Tarif d'Autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (situation peu fréquente). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de Base de Remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention ;
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. La Base de Remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Bénéficiaire

Celui au bénéfice duquel les garanties du contrat peuvent être mises en jeu. Il s'agit de l'adhérent et de ses ayants droit nommément désignés sur le bulletin d'affiliation.

Carte Vitale ®

La carte Vitale ® est la carte d'assuré social. Elle atteste de votre affiliation et de vos droits à l'Assurance

maladie. Dite aussi « carte à puce », elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement de vos soins par télétransmission. Elle peut être présentée à tout professionnel ou établissement de santé, équipé du matériel informatique lui permettant de la « lire ».

Certificat de radiation

Document établi par le précédent organisme de complémentaire santé par suite de la radiation d'un adhérent, lui permettant lors de l'adhésion à une nouvelle mutuelle, d'éviter s'il y a lieu, les délais d'attente (délai de carence, stage).

Chiropracteur

Professionnel qui pratique la chiropraxie (méthode thérapeutique visant à soigner différentes affections par manipulation des vertèbres).

Conjoints

Les personnes :

- mariées ;
- unies par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- vivant sous le même toit de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Contrat conclu entre une personne morale, notamment une entreprise, et un assureur au profit de l'ensemble de ses salariés en vue de leur faire bénéficier d'une protection complémentaire santé s'imposant à eux, sauf dérogations spécifiques.

Contrat responsable

La loi qualifie une complémentaire santé de responsable lorsqu'elle encourage au respect du parcours de soins coordonnés. Le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire.

Cure thermale

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections (douleurs rhumatismales, eczéma...).

Délai d'attente, délai de carence ou stage

Période suivant l'adhésion pendant laquelle l'adhérent ne peut bénéficier de tout ou partie des garanties souscrites.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Diététicien

Spécialiste diplômé en diététique (partie de la médecine et de l'hygiène visant à adapter le régime alimentaire aux besoins particuliers des individus selon leur état de santé, leur mode de vie et leur âge).

Endodontie

Discipline spécialisée dans le traitement des maladies de la pulpe dentaire (intérieur de la dent).

Enfant handicapé

Personne bénéficiaire de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Enfant scolarisé

Par enfant scolarisé, on entend notamment l'étudiant ou le lycéen, y compris dans le cadre d'une formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de qualification...).

Ergothérapeute

Auxiliaire médical spécialiste en ergothérapie (méthode de rééducation et de réadaptation sociale par l'activité physique).

Forfaits et plafonds

Sommes maximales ou limites auxquelles le bénéficiaire peut prétendre pour certaines garanties. Les forfaits et plafonds indiqués aux tableaux de garanties sont exprimés par type de prise en charge (ex : X €/dent, X €/verre) et, le cas échéant, par période (jour/semestre/année).

Le montant des forfaits annuels ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1^{er} janvier de chaque année sauf en ce qui concerne :

- le forfait optique des personnes à partir de 16 ans, lequel se renouvelle tous les deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement sauf en cas d'évolution de la vue ;
- le forfait audio, lequel se renouvelle par oreille tous les quatre ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les plafonds et forfaits annuels ou biennaux non consommés ne se reportent pas d'une période sur l'autre.

Forfait journalier ou hospitalier

Participation forfaitaire due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé prise en charge par l'organisme assureur dans le cadre des obligations du contrat responsable.

Forfait patient urgences (FPU)

Ce forfait est défini à l'article L.160-13, I du Code de la Sécurité sociale. C'est une participation forfaitaire due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé prise en charge par l'organisme assureur dans le cadre des obligations du contrat responsable.

Frais (ou lit) d'accompagnant

Lors de l'hospitalisation d'un enfant, un proche peut l'accompagner. Le coût du lit d'accompagnant reste à sa charge. **Cependant, votre mutuelle rembourse une partie de ces frais journaliers dans la plupart de ses garanties.**

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses. En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux qui seront alors facturés à part.

Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Ces franchises sont susceptibles d'être modifiées par la loi et ses règlements d'application (article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale).

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Homéopathie

Discipline basée sur l'administration de substances minérales, végétales ou animales sous forme de granules ou de gouttes, à extrêmement faibles concentrations.

Honoraires médicaux

Rémunération d'un professionnel de santé.

Hypnose

Technique thérapeutique visant à modifier temporairement l'état de conscience d'une personne. Elle offre notamment des résultats intéressants en matière d'aide à l'arrêt du tabac.

Implantologie dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

Inlay Onlay

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métal, composite ou céramique).

Inlay-core

Appelé également faux moignon, l'inlay-core est le tenon métallique qui va s'insérer dans la racine et soutenir la couronne dentaire.

Médecin traitant

Le médecin généraliste ou spécialiste est celui déclaré par le patient auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Médecin correspondant

Le médecin correspondant est celui vers lequel le médecin traitant oriente un patient, soit pour avis, soit pour des examens complémentaires, soit pour un suivi régulier. Le plus souvent, le médecin correspondant est un spécialiste : cardiologue, dermatologue, radiologue, etc.

En consultant le médecin correspondant sur avis du médecin traitant, le patient respecte le parcours de soins coordonnés et il est ainsi mieux remboursé.

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, depuis le 1^{er} juin 2014, il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques

des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ;

- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) ;
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

Notice d'information

Il s'agit du document établi par la mutuelle à destination des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale ayant souscrit un contrat collectif d'assurance auprès de la mutuelle. Ce document définit les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Il précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de Mutuelle Ociane à chaque adhérent. Lorsque les modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque adhérent en lui remettant une nouvelle notice. La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

Nous

Pour les garanties frais de soins : Mutuelle Ociane soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - Siège social : 35, rue Claude-Bonnier 33054 Bordeaux CEDEX - N° Siren : 434243085.

Nullité de la garantie

Mesure visée par la loi – article L. 221-14 du Code de la mutualité – pour sanctionner l'adhérent ayant fait une fausse déclaration intentionnelle du risque, à l'adhésion au contrat, dans l'intention de nous tromper. La garantie accordée est nulle.

Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM : OPTAM ou OPTAM-CO)

Dispositifs conventionnels permettant aux médecins traitants signataires de modérer leurs pratiques tarifaires en améliorant la prise en charge de leurs patients.

Orthodontie

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

Ostéopathe

Professionnel diplômé en ostéopathie (approche thérapeutique qui repose sur des manipulations manuelles des os, des muscles, des viscères ou du crâne).

Panier de soins ANI

Panier de soins ANI désigne les garanties minimum qui doivent être proposées aux salariés dans le cadre d'un contrat santé collectif, obligatoire et responsable mis en place par l'entreprise dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé.

Paniers de soins 100 % Santé

Désignent les niveaux de garanties avec un reste à charge nul ou modéré qu'impose la réforme dite 100 % Santé mise en place progressivement dans les secteurs du dentaire, audiologie et optique.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire âgés de plus de 16 ans. La désignation d'un médecin traitant fait partie intégrante du parcours de soins coordonnés.

Parodontie

La parodontie est la partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus de soutien de la dent : gencive, os alvéolaire, ciment et ligament alvéolo-dentaire.

Participation forfaitaire

Somme forfaitaire, dont le montant est fixé par décret, qui reste, conformément aux dispositions de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, à la charge de l'assuré pour chaque consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste ou les examens de radiologie ou de biologie.

La participation forfaitaire ne concerne pas les personnes âgées de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir de leur 6^e mois de grossesse et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'État (AME).

Participation forfaitaire pour actes coûteux

Participation forfaitaire à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. Certains actes ne sont pas concernés par cette participation forfaitaire (radiodiagnostic, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...).

Placements particuliers

Hébergement dans un établissement à caractère médico-social prenant en charge des personnes handicapées et proposant notamment un accompagnement médical et/ou éducatif et/ou professionnel adapté (ex : foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée, instituts d'éducation motrice, institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.) et plus généralement les établissements figurant à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Plafond

Cf. définition **Forfaits et plafonds**.

Prescription

Délai à l'issue duquel le titulaire d'un droit ne dispose plus d'action pour le faire valoir.

Prothèses auditives et audioprothèses

Appareils améliorant l'audition de la personne qui en est équipée. Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers. Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin en Oto-Rhino-Laryngologie (ORL).

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- les prothèses fixes, telles que les couronnes et les bridges ;
- les prothèses amovibles (dentiers) ;
- les prothèses transitoires.

Psychologue

Spécialiste en psychologie (discipline fondée sur l'étude scientifique des faits psychiques, dont l'objectif est de préserver, maintenir ou améliorer le bien-être, la qualité de vie et la santé psychique des personnes).

Psychomotricien

Auxiliaire médical spécialiste en psychomotricité (discipline qui considère les fonctions motrices sous l'angle de leurs relations avec le psychisme, notamment employée pour prévenir ou traiter les troubles psychomoteurs ou les handicaps).

Radiation

Acte par lequel il est mis fin à l'affiliation du membre participant.

Régime Obligatoire (RO)

Régime d'Assurance maladie auquel l'assuré est affilié de par son activité professionnelle : CPAM (régime général des salariés), MSA, GAMEX (régime agricole), Mutualité Fonction Publique.

Répertoire ADELI (automatisation des listes)

Le répertoire ADELI recense tous les professionnels de santé actifs, ayant une autorisation d'exercice légal de leur profession, qui ont, quel que soit leur mode d'exercice, l'obligation de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture du lieu de leur résidence professionnelle.

Résiliation

Acte par lequel il est mis fin à l'adhésion du souscripteur à sa propre initiative ou à celle de la mutuelle.

Reste à charge

Part de la dépense du patient qui n'est prise en charge ni par l'Assurance Maladie Obligatoire, ni par la complémentaire santé.

Soins dentaires

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribue à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Souscripteur

L'employeur ou la personne morale signataire du présent contrat et défini sous ce nom aux conditions particulières.

Subrogation

Substitution de l'assureur dans les droits du bénéficiaire lorsqu'il a été indemnisé contre le(s) tiers responsable(s) du dommage.

Support durable

Constitue un support durable tout instrument offrant la possibilité à l'assuré ou à l'assureur de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Tarif de Responsabilité

Cf. définition **Base de remboursement**.

Tarif forfaitaire de responsabilité

Mesure créée par le ministère de la Santé pour promouvoir la vente des médicaments génériques qui, s'ils sont écartés au profit de médicaments de marque plus onéreux, impose au bénéficiaire des soins de régler la différence de prix entre le médicament de marque et le médicament générique et lui interdit de bénéficier du tiers payant.

Ticket modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et le montant du remboursement qu'elle effectue, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés.

En fonction de la garantie souscrite, votre mutuelle peut prendre en charge tout ou partie de cette somme.

Tiers payant

Dispositif qui dispense le patient de faire l'avance de tout ou partie de ses frais de santé dans les conditions et limites des garanties souscrites. La Sécurité sociale et votre mutuelle règlent directement les professionnels de santé qui le pratiquent et avec lesquels des conventions ont été passées.

Verres simples (optique)

Verre à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4.00.

Verres complexes (optique)

Verre à simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4.00 - Verres multifocaux ou progressifs.

Verres très complexes (optique)

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Dispositions générales

Article 1
Objet du contrat

Le contrat collectif obligatoire a pour objet de faire bénéficier les salariés du souscripteur tels que définis à l'article 5, d'une garantie complémentaire santé. Cette garantie s'exerce conformément aux dispositions légales en vigueur et aux statuts de la Mutuelle Ociane dont le souscripteur déclare expressément avoir pris connaissance et qui définissent les règles de participation des membres au fonctionnement de la mutuelle.

En application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité et en complément des règles statutaires, les conditions générales du contrat ont pour but de déterminer les droits et obligations résultant d'opérations collectives entre le souscripteur et la mutuelle. Elles définissent notamment le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les modifications des statuts de la Mutuelle Ociane s'appliquent de plein droit au souscripteur ainsi qu'aux membres participants dans les conditions prévues à l'article 57 des statuts.

Article 2
Dispositif réglementaire
2-1 Qualification des garanties

Les garanties du contrat respectent l'ensemble des dispositions régissant les contrats responsables au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application.

2-2 Tiers payant

Les garanties du contrat bénéficient du tiers payant dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

2-3 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail (portabilité des droits)

Le contrat respecte les dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale relatif à la portabilité des droits en matière de complémentaire santé.

Le maintien des garanties prend fin à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage ou lorsque l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de cette indemnisation. Le maintien des garanties prend également fin à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard douze mois après la rupture de son contrat de travail, pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail sans pouvoir excéder 12 mois.

Le maintien des garanties cesse en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de cette résiliation.

2-4 Maintien des garanties - régime d'accueil loi Évin

Le contrat respecte les dispositions de l'article 4 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989 relatif au maintien des garanties complémentaires santé collectives obligatoires au bénéfice :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans conditions de durée ;
- des ayants droit du salarié décédé (pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès).

Le maintien des garanties est étendu aux ayants droit de l'ancien salarié lorsque ceux-ci étaient précédemment couverts par le régime collectif de complémentaire santé de l'entreprise.

Les conditions de garanties et de cotisations du régime d'accueil loi Évin évolueront dans les mêmes conditions que celles applicables au régime collectif de complémentaire santé des salariés actifs de l'entreprise.

Le membre participant bénéficiaire de ce maintien facultatif a la possibilité de résilier sa couverture chaque année à son échéance annuelle (31 décembre), en envoyant sa notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité à la mutuelle au moins deux mois avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard).

Le membre participant peut également résilier son contrat en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau du maintien. La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la mutuelle de la demande de résiliation.

2-5 Cas de suspensions du contrat de travail

a) En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation [que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers], les garanties définies aux conditions particulières ou au bulletin d'adhésion sont maintenues, pendant toute la durée de suspension de son contrat de travail, au bénéfice de cette personne.

Les périodes de suspension du contrat de travail visées sont notamment celles liées à la maladie, à la maternité, aux accidents du travail dès lors qu'elles sont indemnisées. Sont également concernés les cas où les salariés sont placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...)

Dans ce cas, la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité.

b) En cas de suspension du contrat de travail du membre participant et ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ni à indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties du membre participant sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié.

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation d'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente, n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération, ni à indemnisation complémentaire de l'employeur financée au moins pour partie par ce dernier.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le membre participant, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trente jours suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour le membre participant sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

En tout état de cause, les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant la période de suspension des garanties ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

Article 3

Date d'effet et durée du contrat

La date d'effet du contrat, son échéance principale, sa durée ainsi que les modalités de son renouvellement par tacite reconduction sont fixées aux conditions particulières.

Article 4

Modification du contrat

Toute modification du contrat est constatée par un avenant aux conditions particulières signé par les parties qui précise la date d'effet de cette modification. Cette modification peut donner lieu à une information aux adhérents sous la responsabilité de l'entreprise et, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle notice d'information.

Article 5

Le salarié et ses ayants droit

5-1 Le salarié

Sous réserve des cas de dispense, l'ensemble des salariés appartenant à un collège (ou une catégorie professionnelle) défini aux conditions particulières du contrat, deviennent membres participants de la mutuelle.

Les salariés bénéficient alors des prestations définies au contrat dans les conditions et limites définies aux conditions générales et particulières et en ouvrent, **le cas échéant**, le bénéfice à leurs ayants droit dès lors qu'ils sont inscrits sur le bulletin individuel d'affiliation.

Les salariés adhérents d'un même collège bénéficient tous du même niveau de garanties au titre du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'employeur.

Article 6
Étendue territoriale

5-2 Les ayants droit

Sous réserve de dispositions différentes propres à certains contrats, sont considérés comme ayants droit de l'adhérent, bénéficiaires des garanties du contrat, **lorsqu'ils sont désignés sur le bulletin individuel d'affiliation** :

- le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à l'adhérent par un pacs ;
- les enfants célibataires jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle a lieu leur 28^e anniversaire et toute personne inscrite comme bénéficiaire du Régime Obligatoire d'Assurance maladie de l'adhérent, de son conjoint ou du partenaire lié à l'adhérent par un pacs. La limite d'âge prévue pour les enfants célibataires ne s'applique pas aux enfants bénéficiant des allocations pour personnes handicapées ;
- toute personne à la charge de l'adhérent selon la définition qu'en donnent les conditions particulières du contrat collectif.

Les ayants droit bénéficient du même niveau de garantie que l'adhérent.

Chaque adhérent peut opter pour lui-même et, le cas échéant, pour ses ayants droit pour un même niveau de garanties supérieur à titre facultatif qu'il spécifie sur le bulletin individuel d'affiliation.

Les enfants, à partir du troisième, sont dispensés du paiement de la cotisation, lorsqu'ils sont tous à charge, et ce jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils perdent cette qualité.

L'adhérent et ses ayants droit, tels que définis ci-dessus, doivent relever d'un Régime Obligatoire d'Assurance maladie maternité français.

Toute modification, en cours de contrat, de la situation du membre participant ou de sa famille, telle que figurant sur le bulletin individuel d'affiliation, doit être signalée immédiatement à la mutuelle.

Les droits des ayants droit sont suspendus ou cessent en même temps que ceux du membre participant, sous réserve du maintien des garanties auquel ils ont droit en cas de décès du membre participant, dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin).

Les garanties s'exercent en France métropolitaine ainsi que dans les départements et régions français d'Outre-Mer.

Elles s'appliquent également aux soins effectués à l'étranger, étant précisé que l'intervention de la mutuelle est toujours subordonnée à celle préalable de l'Assurance Maladie Obligatoire française.

Les prestations sont toujours payées en France et en euros.

Fonctionnement du contrat

Article 7

Formation du contrat

Le contrat est établi sur la base des déclarations du souscripteur ; celui-ci doit répondre en toute sincérité aux questions qui lui sont posées par la mutuelle au moment de la souscription et qui figurent sur le formulaire de demande d'adhésion.

Les éléments constitutifs du contrat sont : les statuts de la mutuelle, la demande d'adhésion, les conditions particulières et les conditions générales. Pour des raisons pratiques, la demande d'adhésion et les conditions particulières forment parfois un seul et même document.

La mutuelle établit une notice d'information. Celle-ci est remise à chaque participant par le souscripteur qui conserve la preuve de cette remise.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le souscripteur doit affilier au contrat l'ensemble des salariés du collège (ou de la catégorie professionnelle) désigné aux conditions particulières sous réserve des cas de dispense.

Absence d'effectif cotisant : lorsqu'un contrat ne couvre plus aucun effectif salarié actif dans l'entreprise, la mutuelle a la faculté de le résilier dès qu'elle en est informée. La résiliation est notifiée au souscripteur ou à son représentant par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet à réception de cette lettre.

Article 8

Obligations du souscripteur à l'égard de la mutuelle

8-1 À la souscription

Lors de la souscription du contrat, le représentant légal de l'entreprise (ou toute personne habilitée) signe un formulaire de demande d'adhésion permettant l'identification du souscripteur et de son représentant : raison sociale, siège social, numéro Siret, convention collective, nom du représentant légal. La demande d'adhésion précise les garanties souscrites, la date d'effet souhaitée et la durée du contrat, le ou les collègues (ou catégories professionnelles) concernés par l'adhésion, la nature de l'acte juridique instaurant le régime, le montant et les modalités de paiement des cotisations.

En outre, le souscripteur s'engage à fournir :

- **pour une société commerciale :** un extrait du registre du commerce datant de moins de trois mois ;
- **pour une association :** une copie des statuts et un récépissé de déclaration à la préfecture ;
- **pour une entreprise en nom personnel :** si l'entrepreneur est un commerçant, un extrait du registre du commerce datant de moins de trois mois et s'il est artisan, un extrait du répertoire des métiers datant de moins de trois mois.

Ces informations sont reportées dans les conditions particulières ; le souscripteur en confirme l'exactitude par la signature de son représentant et s'engage à informer la Mutuelle Ociane Matmut des changements ultérieurs.

Concernant les salariés, le souscripteur doit fournir à la mutuelle les bulletins individuels d'affiliation régularisés par chaque salarié bénéficiaire des garanties, accompagnés des documents suivants :

- pour tous les bénéficiaires : une photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale ® ;
- en l'absence de précompte sur les garanties optionnelles : un mandat de gestion SEPA par adhérent pour le paiement des cotisations par prélèvement ;
- le relevé d'identité bancaire du compte où seront versées les prestations, si celui-ci est différent de celui prévu pour le règlement des cotisations ;
- le relevé d'identité bancaire des ayants droit s'ils perçoivent les prestations sur leur propre compte bancaire ;
- pour les enfants (ou ceux du conjoint) de 18 ans et plus : un certificat de scolarité, la photocopie du contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, de qualification...) et/ou une attestation de handicap ;
- pour les enfants adoptés (ou ceux du conjoint) : la photocopie du jugement d'adoption rédigé en langue française ou certificat de placement préalable à ladite adoption dans une famille d'accueil ;
- pour tout nouveau-né : un extrait d'acte de naissance ou la photocopie de la page correspondante du livret de famille.

8-2 En cours de contrat

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le souscripteur doit affilier au contrat tout nouveau salarié du collège (ou de la catégorie professionnelle) désigné aux conditions particulières. À cet effet, le souscripteur doit adresser à la mutuelle le bulletin individuel d'affiliation de ce dernier accompagné de l'ensemble des justificatifs cités ci-dessus.

À l'occasion d'une modification du contrat, le représentant légal de l'entreprise (ou toute personne habilitée) signe un formulaire de **demande d'avenant** comportant les informations actualisées de même nature que lors de la souscription. Un document d'identification de l'entreprise (extrait K Bis) datant de moins de trois mois doit également être fourni par le souscripteur.

Par ailleurs, le souscripteur doit informer la mutuelle de tout changement intervenant dans sa situation juridique ou économique : changement d'adresse du siège social, modification de l'objet social de l'entreprise ou changement significatif de son activité, fusion, ouverture d'une procédure collective.

Article 9

Obligations du souscripteur à l'égard des adhérents

Le souscripteur est tenu :

- d'affilier l'ensemble des salariés concernés par le contrat ;
- de leur remettre les statuts de la mutuelle et la notice d'information détaillée établie par la mutuelle définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour le versement des prestations ;
- d'informer les assurés des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations et de leur remettre la nouvelle notice d'information établie par la mutuelle ;
- d'informer les adhérents des évolutions tarifaires annuelles.

La preuve de la remise de la notice d'information aux assurés et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

Article 10

Affiliation des salariés et des ayants droit lors de la mise en place du contrat

10-1 date d'effet de l'affiliation des salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place du contrat

Sous réserve des cas de dispense, l'affiliation prend effet à la même date que le contrat collectif pour les salariés appartenant à un collège (ou une catégorie professionnelle) défini aux conditions particulières du contrat.

10-2 Date d'effet de l'affiliation des ayants droit désignés sur le bulletin individuel d'affiliation lors de la mise en place du contrat

L'affiliation des ayants droit dépend de celle des salariés auxquels ils sont rattachés ; elle prend effet dans les mêmes conditions.

10-3 Date d'effet des garanties optionnelles

Si l'employeur a souscrit un niveau de garantie supérieur facultatif pour l'ensemble des salariés d'un même collège en complément du contrat collectif obligatoire, chaque participant peut s'y affilier à titre facultatif, **dans un délai de trois mois maximum suivant son affiliation au contrat collectif obligatoire.**

Au-delà de ce délai, les garanties optionnelles ne prennent effet qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Par la suite, le changement de niveau de garanties optionnelles, n'est possible qu'après douze mois au moins de présence dans la garantie en cours.

Les options facultatives sont décrites sur le tableau des garanties. Les ayants droit de l'adhérent bénéficient à titre facultatif du même niveau de garanties optionnelles que celles souscrites par l'adhérent.

Les droits des ayants droit sont suspendus ou cessent en même temps que ceux du membre participant, sous réserve du maintien des garanties auquel ils ont droit en cas de décès du membre participant, dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin).

Article 11

Affiliation des salariés et des ayants droit postérieurement à la mise en place du contrat

Cet article concerne les salariés qui intègrent l'entreprise ou le collège couvert postérieurement à l'entrée en vigueur du contrat collectif.

11-1 Date d'effet de l'affiliation des salariés qui intègrent l'entreprise ou le collège couvert postérieurement à la mise en place du contrat

Sous réserve des cas de dispense, l'affiliation prend effet à la date d'embauche ou à la date de mutation dans le collège couvert.

11-2 Date d'effet de l'affiliation des ayants droit désignés sur le bulletin individuel d'affiliation postérieurement à la mise en place du contrat

L'affiliation des ayants droit dépend de celle des salariés auxquels ils sont rattachés ; elle prend effet dans les mêmes conditions.

Article 12

Ajout ou suppression d'un ayant droit

12-1 Affiliation d'un ayant droit supplémentaire

Conditions de l'affiliation d'un ayant droit supplémentaire

L'affiliation d'un ayant droit supplémentaire est possible à tout moment dans l'année, **sous réserve qu'il réponde aux conditions d'éligibilité définies à l'article 5 et que soient fournies les pièces justificatives visées à l'article 8-1.**

L'affiliation d'un ayant droit ne peut avoir un effet rétroactif. Elle prend effet au plus tôt le lendemain, à 0 heure, de la date à laquelle l'adhérent formule sa demande ou à 0 heure à la date qu'il aura indiquée à la mutuelle.

Cas particulier du nouveau-né

L'affiliation en cours d'année d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté peut prendre effet le jour de sa naissance ou de son adoption sous réserve que la demande en soit faite dans les trois mois de la naissance ou de l'adoption. À défaut, la prise d'effet des garanties aura lieu le 1^{er} jour, à 0 heure, du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par la mutuelle.

12-2 Radiation d'un ayant droit de la liste des bénéficiaires

Conditions de la radiation

La radiation d'un ayant droit de la liste des bénéficiaires est possible à condition de respecter un délai de préavis de deux mois avant l'échéance principale, ou à tout moment dans l'année **dans les cas suivants** :

- décès, sur présentation du certificat de décès ;
- adhésion à un contrat collectif à caractère obligatoire, sur présentation d'une attestation de l'employeur justifiant du caractère obligatoire de ce contrat ;
- changement de statut matrimonial du participant (divorce, séparation) sur présentation d'une déclaration sur l'honneur ;
- départ à l'étranger, sur présentation d'une attestation délivrée par l'employeur, ou d'un justificatif de départ ou d'une déclaration sur l'honneur ;
- bénéfice de la C2S ou C2SP, sur présentation de l'attestation d'ouverture de droits.

Date d'effet de la radiation

La demande de radiation prend effet à l'échéance principale du contrat suivant la demande ou, dans les cas où elle peut être formulée en cours d'année, au 1^{er} jour à 0 heure du mois suivant la demande ou encore le lendemain à 0 heure de la date du décès ou de la date d'effet de la C2S ou C2SP.

Suppression des enfants de la liste des bénéficiaires

Les garanties dont bénéficient, les enfants à titre d'ayants droit, leur sont maintenues jusqu'à l'échéance annuelle qui suit leur 28^e anniversaire. **Ils cessent d'être garantis à cette date.**

En tout état de cause, les droits des ayants droit sont suspendus ou cessent en même temps que ceux du membre participant.

Article 13

Réticence et fausse déclaration intentionnelle

Lorsque les informations communiquées par un membre participant traduisent une réticence ou constituent une fausse déclaration intentionnelle, la mutuelle peut, dans les conditions prévues à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, prononcer la nullité de la garantie.

Article 14

Radiation d'un adhérent

L'adhésion d'un adhérent prend fin en cours d'année :

- en cas de rupture du contrat de travail ou lors du passage dans un collège (ou une catégorie professionnelle) non garanti au titre du contrat. Toutefois, l'adhérent peut demander le maintien des garanties en application des articles 2-3 et 2-4 des présentes conditions générales ;
- s'il peut faire valoir un cas de dispense ;
- en cas de décès de l'adhérent.

La radiation prend effet à la date de rupture du contrat de travail ou de mutation dans un collège (ou une catégorie professionnelle) non garanti, à la date du décès ou encore à la date de la dispense et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Article 15

Changement de niveau de garanties

15-1 Changement du niveau de garanties du contrat collectif obligatoire

L'entreprise peut demander, conformément aux dispositions de l'acte instaurant le régime de prévoyance frais de santé et de ses avenants, le changement de niveau de garanties du contrat collectif obligatoire.

Sous réserve de dispositions particulières résultant de l'acte instaurant le régime de prévoyance frais de santé et de ses avenants, la modification prend effet à l'échéance principale moyennant un préavis de deux mois.

L'entreprise est responsable de l'information préalable due aux salariés concernés.

15-2 Changement de niveau des garanties optionnelles

Chaque adhérent peut opter pour une amélioration ou une diminution des garanties optionnelles. Il peut choisir l'un des niveaux supérieurs mentionnés aux tableaux de garanties annexés aux conditions particulières. Les ayants droit bénéficient du même niveau de garantie que l'adhérent. Les conditions d'augmentation ou diminution de ce niveau de renforcement facultatif sont détaillées à l'article 10-3 et dans la notice d'information.

15-3 Changement de collègue entraînant un changement de niveau de garantie

La modification ainsi que les nouvelles garanties prennent effet à la date de modification du contrat de travail.

16-1 Fixation de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile en fonction du niveau de garantie choisi et du régime obligatoire d'Assurance maladie maternité dont dépendent les salariés. Les montants ou les taux sont précisés dans les conditions particulières. L'engagement du souscripteur est annuel.

16-2 Évolution de la cotisation

La mutuelle a la possibilité de modifier le montant ou les taux des cotisations, notamment lorsque des évolutions d'ordre législatif, réglementaire ou conventionnel sont de nature à accroître la portée de ses engagements.

16-3 Revalorisation de la cotisation

Les cotisations peuvent être revalorisées chaque année par la mutuelle en fonction de divers paramètres tels que : les résultats techniques enregistrés par la mutuelle au cours de l'exercice écoulé, les prévisions de dépense de santé (ONDAM), les évolutions significatives constatées dans la démographie du collègue ou de la catégorie professionnelle assurée.

Il est précisé que si la cotisation est exprimée en % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, elle suit l'évolution de ce plafond.

La revalorisation de la cotisation est généralement notifiée sous la forme d'un courrier d'information adressé à l'entreprise.

16-4 Paiement de la cotisation

Le paiement des cotisations relatives à la part obligatoire

Sous réserve de dispositions spécifiques figurant dans les conditions particulières du contrat, la cotisation est payable d'avance. Le paiement de cette cotisation peut être fractionné, au trimestre ou au mois et doit être fait aux dates convenues et selon les modalités choisies par le souscripteur et reprises dans les conditions particulières.

Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit de supprimer les facilités accordées à l'entreprise telles que : fractionnement de la cotisation, paiement à terme échu. Cette clause s'applique également en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire de l'employeur pour les cotisations dues postérieurement à la date d'ouverture de la procédure collective.

La mutuelle peut en outre appliquer des frais de recouvrement et exiger la prise en charge des frais bancaires de rejet de prélèvement ou de chèque au motif de provision insuffisante.

Le paiement des cotisations relatives à la part facultative

Sous réserve de dispositions spécifiques figurant dans les conditions particulières du contrat, la cotisation est payable d'avance. Le paiement de cette cotisation peut être fractionné au trimestre ou au mois et doit être fait aux dates convenues et selon les modalités choisies par le souscripteur et reprises dans les conditions particulières.

Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit de supprimer les facilités accordées à l'entreprise telles que : fractionnement de la cotisation, paiement à terme échu. La mutuelle peut en outre appliquer des frais de recouvrement et exiger la prise en charge des frais bancaires de rejet de prélèvement ou de chèque au motif de provision insuffisante.

16-5 Défaut de paiement de la cotisation en cas de précompte intégral de la cotisation par l'employeur

La mutuelle adresse à l'entreprise un appel de cotisation comportant l'intégralité de la cotisation due, obligatoire et facultative y compris la part prise en charge par le salarié.

Dans un tel cas, le défaut de paiement de la cotisation entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité qui dispose :

« I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle ou l'union l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent I.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement...

III. - Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel. Les statuts de la mutuelle ou de l'union peuvent prévoir les conditions dans lesquelles la mutuelle ou l'union applique, à défaut du paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur ou poursuit en justice l'exécution du contrat. »

16-6 Défaut de paiement de la cotisation en l'absence de précompte de la cotisation par l'employeur (garanties facultatives)

La mutuelle adresse alors au salarié un appel de cotisation dont le non-paiement entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité, qui dispose :

« II. - Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au I est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle ou l'union informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ou l'union ne couvre plus le risque. »

Article 17

Résiliation du contrat

17-1 Résiliation du contrat à l'initiative de la mutuelle à l'échéance

La mutuelle peut résilier le contrat collectif obligatoire chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au souscripteur deux mois au moins avant la date d'échéance.

17-2 Résiliation du contrat à l'initiative de la mutuelle en cours d'année

La mutuelle peut résilier le contrat collectif obligatoire en cours d'année pour les motifs suivants :

- **défaut d'effectif cotisant.** La résiliation s'effectue dans les conditions stipulées au dernier alinéa de l'article 7 formation du contrat ;
- **défaut de paiement.** La résiliation s'effectue dans les conditions stipulées à l'article 16 cotisations ;
- **ouverture d'une procédure collective à l'encontre du souscripteur.** Conformément à l'article L. 221-8-1 du Code de la mutualité, la garantie subsiste en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire de l'employeur. Toutefois, en application des dispositions de l'article L. 622-13 du Code de commerce, le contrat en cours est résilié de plein droit après mise en demeure de prendre parti sur la poursuite du contrat adressée par la mutuelle à l'administrateur et restée plus d'un mois sans réponse ;
- **défaut de paiement postérieur l'ouverture d'une procédure collective.** Le contrat est résilié de plein droit en cas de défaut de paiement des cotisations dans les conditions convenues, lorsque l'administrateur a exigé l'exécution du contrat en cours avec l'accord du souscripteur.

17-3 Résiliation du contrat à l'initiative du souscripteur

Le souscripteur peut résilier le contrat collectif obligatoire en adressant sa demande à la mutuelle :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire.

À l'échéance :

- la demande de résiliation est alors adressée au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit avant le 1^{er} novembre de l'année en cours. Passé ce délai, la résiliation ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date.

Hors échéance :

- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première souscription, toute modification de garantie entraînant le décompte d'un nouveau délai d'un an.

La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le souscripteur.

La mutuelle confirme par écrit la réception de la notification de résiliation.

Prestations garanties

Article 18

Bases et limites des remboursements

La prise en charge des prestations s'effectue sous réserve que les droits soient ouverts à la date des soins.

La mutuelle établit ses remboursements sur la base des tarifs de responsabilité des régimes obligatoires, déduction faite des prestations de ces régimes et exclusivement pour les soins pris en charge par eux.

La mutuelle peut par ailleurs établir ses remboursements sur des bases forfaitaires telles que décrites dans les tableaux figurant aux conditions particulières.

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.

L'adhérent qui recevrait, de qui que ce soit, un quelconque remboursement pour les frais pris en charge et payés par la mutuelle au titre de la même intervention, est tenu d'en faire la déclaration dans les 8 jours du reçu de cette somme, et de reverser à la mutuelle les frais dont elle aurait pu faire indûment l'avance.

Article 19

Libre choix

La mutuelle respecte le libre choix :

- du chirurgien, praticien, omnipraticien, du spécialiste parmi ceux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ;
- du pharmacien, de l'opticien, du laboratoire, et de tout autre professionnel de santé agréé par la Sécurité sociale ;
- de l'établissement de soins, public ou privé, parmi ceux agréés par la Sécurité sociale.

La mutuelle informe les membres participants des réseaux de soins auxquels elle adhère et des conventions qu'elle conclut avec les professionnels de santé ainsi que des avantages qui en résultent pour eux.

Article 20

Tiers payant

La mutuelle conclut, pour les prestations qu'elle garantit, les accords nécessaires afin de faire bénéficier ses adhérents du système de tiers payant.

La prise en charge directe par la mutuelle des différentes prestations intervient auprès de tous les praticiens et établissements conventionnés par la mutuelle. À cet effet, l'adhésion à la mutuelle vaut délégation permanente à la mutuelle pour encaisser en lieu et place de l'adhérent les prestations dues par le Régime Obligatoire d'Assurance maladie.

Article 21

Documents d'ouverture de droits

Pour leur permettre de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été conclue, la mutuelle délivre à ses adhérents des documents (carte ou toute autre pièce ou dispositif) permettant l'ouverture des droits à prestations. Il en va de même pour tout service annexe, proposé par la mutuelle à ses adhérents (assistance, cartes de services, etc.). L'adhérent ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations ; dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la mutuelle la dette dont il serait alors redevable. En cas de radiation en cours d'année, l'adhérent est tenu de restituer à la mutuelle sous 48 heures les documents qui lui ont été délivrés.

En l'absence de procédure de tiers payant, les demandes de remboursement sont traitées de la façon suivante :

- soit par transmission à la mutuelle de l'original du décompte de Sécurité sociale reçu ;
- soit par prise en compte directe par télétransmission du décompte de Sécurité sociale pour ceux qui ont opté pour le système d'automatisation des échanges d'informations avec les régimes obligatoires (système NOEMIE) ;
- soit par transmission de toute pièce justificative dans le cas de demande de versement de prestations forfaitaires (prime d'inscription à la naissance, frais d'accompagnement, participation aux frais d'obsèques, etc.).

L'envoi de photocopies ou de documents dématérialisés est admis mais l'adhérent doit être en mesure de produire les justificatifs originaux sur simple demande de la mutuelle pendant le délai de deux ans mentionné à l'article 28 Prescription.

Les prestations sont versées par virement bancaire.

Article 22**Contrôle médical des prestations**

La mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment, aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. L'adhérent ne peut se soustraire à ces visites, contrôles et enquêtes sous peine de suspension immédiate du service des prestations.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, le médecin conseil de la mutuelle ou tout autre médecin désigné par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la mutuelle, par le président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

Article 23**Description des prestations**

Les prestations auxquelles les différentes garanties souscrites donnent droit sont décrites dans les tableaux figurant aux conditions particulières ainsi que dans la notice d'information.

90 % des prestations sont réglées en 72 h.

Article 24**Limites appliquées aux remboursements****24-1 Non-respect du parcours de soins coordonnés**

Conformément à la législation en vigueur réglementant les contrats responsables, la mutuelle ne prend pas en charge notamment : les participations forfaitaires ni les franchises annuelles, les majorations laissées à la charge de l'assuré social par son Régime Obligatoire en l'absence de désignation d'un médecin traitant ou lors de consultations réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.

24-2 Soins à l'étranger

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger peuvent faire l'objet d'un remboursement complémentaire à celui de l'Assurance Maladie Obligatoire française, dans les limites du contrat souscrit et sur présentation d'une facture acquittée détaillant les soins reçus.

Le régime d'Assurance maladie maternité mis en œuvre par la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) n'est pas un régime obligatoire. La mutuelle n'intervient pas en complément de la Caisse des Français de l'Étranger.

24-3 Chambre particulière

La mutuelle ne peut être tenue pour responsable si l'adhérent cotisant pour la garantie chambre particulière ne peut bénéficier de cette prestation par manque de place dans l'établissement choisi.

Article 25**Risques exclus**

Il est expressément précisé qu'aucun des actes médicaux ni aucun des soins entrant dans le périmètre de tout contrat responsable ne saurait faire l'objet de la moindre exclusion, quelles que soient les causes ou les circonstances qui les auraient rendus nécessaires.

Sous cette seule réserve, sont exclus de la garantie de la mutuelle :

- ***les soins, actes médicaux ou hospitalisations réalisés avant la date d'effet de l'adhésion ou de la modification de garantie et pour les hospitalisations, la partie du séjour effectuée avant cette même date ;***
- ***la prise en charge des traitements orthodontiques dont la date de début des soins figurant sur la facture du praticien n'est pas comprise dans la période d'effet des garanties ;***
- ***les séjours en maisons de santé médicales telles que définies par l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique, les séjours dans les établissements spécialisés à caractère médical et/ou sanitaire et social avec ou sans hébergement notamment ceux figurant à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, aérium, préventorium, sanatorium ;***
- ***les frais liés à des cures thermales ne donnant pas lieu à un forfait de surveillance médicale pris en charge par l'Assurance maladie ;***
- ***les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement, ainsi qu'aux traitements « esthétiques » sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident qui aurait entraîné la garantie de la mutuelle (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction) ;***
- ***les soins, actes médicaux ou hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits suivants :***
 - ***guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté de l'adhérent,***

- actes commis volontairement par l'adhérent: participation effective à une émeute ou un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense,
- explosion d'un engin ou partie d'engin atomique,
- radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs,- accidents résultant de la participation de l'adhérent à des paris et de la pratique, à titre professionnel, de tout sport.
D'autre part, des exclusions peuvent être spécifiques à certaines garanties. Dans ce cas, elles sont décrites dans les tableaux figurant aux conditions particulières.

Article 26

Couverture des accidents

26-1 Déclaration des accidents

L'adhérent doit, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, adresser à la mutuelle, dans les cinq jours suivant l'accident, une déclaration indiquant :

- les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit ;
- le nom des témoins ;
- les noms et adresses du tiers responsable et de la compagnie d'assurances qui garantit la responsabilité de ce tiers ;
- l'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir en cas d'intervention chirurgicale ordinaire.

En cas de retard dans la déclaration, la mutuelle pourra invoquer un cas de déchéance si ce retard lui a causé un préjudice dont elle peut prouver la réalité.

En conséquence, dans les cas d'accidents où la mutuelle, en vertu d'une convention de tiers payant serait amenée à régler pour le compte de son adhérent, tout ou partie des frais, ce règlement fait à titre d'avance, constituerait au profit de la mutuelle, une créance sur ledit adhérent qui sera tenu de la lui rembourser.

En cas d'accident, l'adhérent doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions.

La mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

L'adhérent doit également informer la mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

26-2 Intervention de la mutuelle

Pour les interventions consécutives à un accident non exclu à l'article 25, la garantie de la mutuelle intervient en complément et après épuisement de toute autre garantie souscrite auprès de tout autre organisme.

En cas d'accident dont la responsabilité peut être imputée à un tiers, la mutuelle intervient dans la mesure où l'adhérent a fourni à la mutuelle une déclaration établie conformément aux indications de l'alinéa « déclaration des accidents ».

L'adhérent doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre du tiers, ou de l'assureur substitué, une action en vue de faire connaître son droit à réparation.

En application des dispositions de l'article 27 concernant la subrogation, la mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable.

Accidents scolaires ou sportifs

Si l'accident scolaire ou sportif est couvert :

- a) par l'adhésion à une mutuelle spécialisée soumise au Code de la mutualité, la mutuelle n'intervient que pour la part qui lui incombe ;
- b) par un contrat souscrit auprès d'une société d'assurances privée régie par le Code des assurances, la mutuelle intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, en complément et après épuisement de la garantie de cette société.

Article 27

Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, 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.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 28

Prescription

Toute action dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L. 221-11, L. 221-12, L. 221-12-1 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que 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 contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue :

- par l'une des causes ordinaires, notamment :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code civil),
 - une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil),
 - un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ;
- ainsi que dans les cas suivants :
 - la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
 - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par l'adhérent à la mutuelle en ce qui concerne le règlement des indemnités.

La mutuelle et l'adhérent ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription biennale, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 29

Forclusion

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de deux ans maximum, à compter de la date de remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance maladie, ou du régime complémentaire dans le cas de contrats « surcomplémentaires », ou du fait générateur motivant la demande pour les autres prestations non liées à l'intervention d'un autre régime.

Article 30

Le traitement des réclamations

Modalités d'examen des réclamations

Soucieux de vous offrir le meilleur accompagnement possible, nous mettons à votre service un dispositif dédié au traitement des réclamations, pour vous répondre rapidement, en toute transparence et dans le respect de vos droits.

Qu'est-ce qu'une réclamation ?

L'expression de votre mécontentement ou de votre insatisfaction à notre égard constitue une réclamation.

Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou d'avis n'est pas considérée comme telle.

Comment nous en faire part ?

Votre réclamation peut être formulée par tous moyens à votre convenance :

- vis-à-vis : auprès de **votre agence conseil** ;
- téléphone : **02 35 03 68 68** ;
- internet : via le **formulaire « Réclamations »** disponible sur votre **espace personnel** ;
- courrier : **Matmut – Gestion des réclamations – TSA 40261 – 76729 Rouen CEDEX.**

Quelles sont les étapes de traitement ?

Nous vous invitons à nous faire part au plus tôt de tout désaccord sur le présent contrat, quel qu'en soit l'objet (sa souscription, sa gestion ou la mise en œuvre de ses garanties).

Le responsable de l'agence ou du service concerné, ou une entité dédiée au traitement des réclamations, étudie votre situation avec la plus grande attention et s'efforce de vous répondre au plus tôt.

Si la réponse ne peut vous être adressée dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de votre réclamation, un accusé de réception vous est envoyé. En toute hypothèse, nous nous engageons à vous répondre dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de votre réclamation.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous pouvez solliciter notre **service « Réclamations sociétaires » à l'adresse suivante :**

66, rue de Sotteville 76030 Rouen CEDEX 1 ;
ou par mail (**service.reclamations@matmut.fr**).

Celui-ci, après examen de votre dossier, vous fait part de sa position définitive dans un délai maximal de 2 mois à compter de l'envoi de votre réclamation initiale, sauf situation exceptionnelle dont il vous informe. Un accusé de réception vous parvient sous 10 jours ouvrables si la réponse ne peut vous être adressée dans ce délai.

Si votre désaccord persiste, vous pouvez saisir gratuitement le médiateur de l'assurance, en écrivant à :

Médiation de l'assurance

TSA 50110
75441 Paris CEDEX 09

ou en déposant votre demande sur son site internet : **www.mediation-assurance.org**.

Vous pouvez consulter la charte du médiateur directement sur ce site.

Vous pouvez également solliciter directement le médiateur de l'assurance s'il s'est écoulé plus de 2 mois depuis l'envoi de votre réclamation initiale.

Informations importantes

La saisine du médiateur doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation initiale et aucune action contentieuse ne doit avoir été engagée auparavant.

L'avis du médiateur de l'assurance ne nous lie, ni vous, ni nous, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

La présente charte est destinée à vous fournir des informations détaillées sur l'usage fait de vos données à caractère personnel (ci-après « données personnelles »), nos obligations et vos droits en la matière.

Les sociétés du Groupe Matmut collectent et traitent vos données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018 et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?

Pour vous assurer, vous conseiller au mieux et pour respecter nos obligations légales.

Vos données personnelles sont collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance ;
- la passation, la gestion et l'exécution de la prestation de conseil en gestion de patrimoine ;
- la gestion de notre relation client et la prospection commerciale ;
- l'amélioration de nos services notamment en vous proposant des produits ou services permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ;
- les études statistiques, enquêtes et sondages ;
- la mise en place d'actions de prévention ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées.

Quelles données personnelles vous concernant utilisons-nous ?

Le Groupe Matmut collecte et traite uniquement les données pertinentes en fonction des finalités.

Vos données personnelles sont recueillies soit directement auprès de vous, soit indirectement auprès de tiers (tels que des partenaires, des prestataires de services, des tiers mettant à disposition des bases de données). Le Groupe Matmut s'engage à réaliser ces traitements pour les finalités définies ci-avant, en mettant en oeuvre les mesures nécessaires pour garantir le respect de votre vie privée.

Quelques exemples de données personnelles traitées, regroupées par catégories :

- identification de personnes : nom, prénom, numéro de téléphone, adresse de courrier électronique...
- biens assurables pour l'appréciation du risque : situation géographique, type et caractéristiques de votre véhicule ou de votre habitation...
- gestion du contrat d'assurance : numéro de sociétaire ou d'adhérent, numéro de contrat, adresse postale, adresse électronique, numéro de téléphone, montant du contrat, moyen de paiement de la cotisation...
- santé : description des atteintes corporelles à des fins d'indemnisation des victimes, actes médicaux/montants remboursés par la Sécurité sociale à des fins de versement des prestations de la complémentaire santé...
- sinistres/victimes : nature du sinistre, rapport d'expertise, taux invalidité/incapacité...
- gestion de notre relation commerciale : demandes de renseignements sur les produits, contrats et services, origine de la demande, échanges avec les clients et les prospects...

Lorsque nécessaire, il vous est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives. Le défaut de communication de données obligatoires peut conduire à ce qu'une demande ne puisse être prise en compte, à l'impossibilité de passer, gérer et exécuter un contrat d'assurance.

Qu'est-ce qui nous autorise à les utiliser ?

Votre consentement ou un autre fondement légitime.

Les traitements de vos données personnelles reposent sur au moins l'un des fondements juridiques suivants :

- l'exécution d'un contrat auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande ;
- le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis ;
- l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement notamment la lutte contre la fraude, la prospection commerciale, la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des fondements définis ci-dessus, un accord au traitement vous sera demandé. Dans le cadre de l'exécution du contrat (gestion d'un sinistre corporel), les sociétés du Groupe Matmut et autres destinataires peuvent être amenées à traiter des données personnelles dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. Votre consentement explicite à ce que les sociétés du Groupe Matmut et autres destinataires traitent ces données personnelles pour cette finalité précise vous sera demandé.

Qui sont les destinataires de vos données personnelles ?

Les sociétés du Groupe Matmut ne communiquent vos données qu'aux personnes et organismes intervenant dans nos relations contractuelle et commerciale.

Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de leurs missions, sont :

- les collaborateurs du Groupe Matmut ;
- les partenaires ;
- les prestataires ;
- les sous-traitants et s'il y a lieu les délégataires de gestion et les intermédiaires en assurance ;
- les entités du groupe d'assurance auquel appartient le responsable de traitement (société qui détermine les finalités et les moyens des traitements de données personnelles) ;
- s'il y a lieu les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties ;
- les personnes intervenant au contrat tel que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité ;
- l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA), les autres organismes d'assurance ;
- les organismes sociaux ;
- les personnes intéressées au contrat ;
- les personnes bénéficiant d'un droit de communication telles que les médiateurs professionnels, autorités de contrôle ou organismes publics habilités.

Combien de temps conservons-nous vos données personnelles ?

Le Groupe Matmut ne conserve vos données que le temps nécessaire.

Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

Quelques exemples de délais de conservation liés à nos activités :

- données durée de conservation ;
- prospection commerciale 3 ans à compter du dernier contact émanant du prospect ;
- contrat d'assurance vie 10-30 ans suite au décès de l'assuré (selon les cas et les contrats) ;
- lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme 5 ans à compter de la cessation des relations avec le prospect ou l'assuré ;
- lutte contre la fraude 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude de l'assuré ;
- gestion des cookies 13 mois à compter de leur dépôt sur le terminal de l'utilisateur.

Ces délais sont donnés à titre indicatif, les durées de conservation peuvent être allongées afin de respecter nos dispositions légales et réglementaires applicables.

Où sont conservées vos données personnelles ?

Le Groupe Matmut privilégie le stockage au sein de l'Union européenne.

Par principe, nous privilégions l'hébergement et le traitement de vos données personnelles en France ou au sein de l'Union européenne (UE) et de l'Espace Économique Européen (EEE).

Toutefois, des données personnelles peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors de l'UE et de l'EEE pour les finalités de traitement précitées.

Nous nous assurons dans ce cas que ce transfert est effectué en conformité avec la réglementation applicable et qu'un niveau de protection adéquat afin de respecter votre vie privée est assuré : en recourant par exemple à des clauses contractuelles types de la commission européenne ou en transférant dans un pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat.

Certaines données personnelles, strictement nécessaires à la mise en oeuvre de vos garanties contractuelles, peuvent aussi être transmises hors de l'UE et de l'EEE dans le cadre de l'exécution d'un contrat.

Comment sont sécurisées vos données personnelles ?

Le Groupe Matmut met en oeuvre les mesures de sécurité adaptées.

Nous veillons à mettre en oeuvre les mesures de sécurité adaptées afin d'assurer un niveau de protection élevé de vos données personnelles.

Le Groupe Matmut a nommé un Délégué à la Protection de Données (DPO) qui est l'interlocuteur référent de l'entreprise pour tout ce qui est lié à la protection des données personnelles.

Le DPO du Groupe Matmut conseille et coordonne les actions permettant d'assurer le bon traitement des données personnelles, et intervient également, auprès des collaborateurs, afin d'assurer la conformité des pratiques à la réglementation.

En collaboration avec le responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information du Groupe Matmut, le DPO du Groupe Matmut s'assure de la mise en place des moyens et des actions de mise en conformité à la réglementation en vue de garantir la sécurité, l'intégrité et la confidentialité de vos données personnelles notamment afin de les protéger contre toute perte, destruction accidentelle, altération et accès non autorisé.

Nous limitons l'accès à vos données personnelles aux seules personnes habilitées. Elles ne sont traitées par ces personnes que sur nos instructions et sont protégées par une clause de confidentialité.

Nous exigeons de nos sous-traitants qu'ils appliquent des règles strictes en matière de protection des données personnelles en conformité avec les lois et réglementations applicables, tant françaises qu'européennes.

Vous aussi soyez acteur de la sécurité de vos données personnelles.

Pour cela, nous vous recommandons de :

- protéger le mot de passe de votre espace personnel et de ne le communiquer à personne ;
- vous déconnecter avant de quitter votre espace personnel, si vous partagez votre ordinateur ;
- être vigilant quant aux emails et aux appels malveillants visant à obtenir des informations personnelles pour en faire un usage frauduleux ;
- appliquer les mises à jour de sécurité de votre système d'exploitation (Windows, Android, iOS...) ou des applications qui sont sur votre appareil.

Quels sont vos droits? Comment les exercer?

Le Groupe Matmut vous informe en toute transparence.

Vous disposez sur vos données personnelles des droits :

- d'accès, pour obtenir les informations relatives aux traitements de vos données personnelles et la communication d'une copie de ces données ;
- de rectification de données personnelles que vous considérez inexactes ou incomplètes ;
- d'effacement, pour obtenir la suppression de vos données personnelles, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (article 17 du RGPD) ;
- de limitation des traitements de vos données personnelles à leur seule conservation, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (article 18 du RGPD) ;
- d'opposition, vous permettant de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à tout traitement de vos données personnelles, sauf lorsque le responsable du traitement démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur vos intérêts, droits et libertés ou que le ou les traitements demeurent nécessaires pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Lorsque les données à caractère personnel sont traitées à des fins de prospection, vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à de telles fins de prospection, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

- de définition de directives relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après votre décès.

Vous disposez également d'un droit à la portabilité sur les données que vous nous avez communiquées, données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez demander, soit à les récupérer dans un format structuré, soit à nous demander de les communiquer directement à un autre responsable de traitement.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour un traitement de vos données personnelles, vous pouvez retirer votre consentement à ce traitement à tout moment.

Vous pouvez enfin faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques vous concernant ou vous affectant de manière significative de façon similaire, lorsque cette décision :

- est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat nous liant ;
- est fondée sur le consentement explicite de la personne concernée.

Vous avez alors le droit d'obtenir des informations relatives à cette prise de décision, de la contester le cas échéant et d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits :

- par courrier électronique : dpd@matmut.fr ;
- par courrier postal :
Matmut à l'attention du Délégué à la Protection des Données
66, rue de Sotteville 76100 Rouen,
en justifiant de votre identité.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

CNIL
3, place de Fontenoy
TSA 80715
75334 Paris CEDEX 07.

Enfin, vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Néanmoins, nous pouvons toujours vous téléphoner lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

À propos des cookies

Afin d'améliorer votre expérience, nous utilisons des cookies pour vous fournir une connexion sûre, collecter des statistiques en vue d'optimiser les fonctionnalités du site et en adapter le contenu et vous proposer des offres et des services adaptés à vos centres d'intérêt.

Article 32

Communication d'informations ou de documents sur support durable

Conformément à l'article L. 221-6-5 du Code de la mutualité, vous pouvez vous opposer, dès l'entrée en relation ou à tout moment, à l'utilisation du support durable que nous utilisons pour vous communiquer des informations ou des documents en vue de revenir à l'utilisation du support papier.

Le présent contrat est régi par le Code de la mutualité et par les dispositions statutaires fixant les rapports entre la Mutuelle Ociane et ses adhérents. Il est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris. Il se compose des présentes conditions générales ainsi que des conditions particulières remises lors de sa souscription et peut être complété, le cas échéant, par des conventions spéciales.

CG.SAN.COLL.ADH.OBLI - 01/24

MUTUELLE OCIANE
matmut 

Mutuelle Ociane Matmut
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II
du Code de la mutualité immatriculée
sous le numéro 434 243 085

Siège social : 35, rue Claude-Bonnier
33054 Bordeaux CEDEX

Matmut - Mutuelle assurance des travailleurs mutualistes
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 66, rue de Sotteville 76100 Rouen

Adresse postale : 76030 Rouen CEDEX 1

02 35 03 68 68

