

Solimut Mutuelle de France
Règlement Mutualiste
MUT'DÉPENDANCE

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 18 SEPTEMBRE 2025



TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| TABLE DES MATIÈRES | 2 |
| TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES | 3 |
| ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE | 3 |
| ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE..... | 3 |
| ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION..... | 3 |
| ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION..... | 3 |
| ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE | 3 |
| ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE | 3 |
| ARTICLE 7 : RENOUELEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION..... | 3 |
| Article 7-1 : Renouvellement..... | 3 |
| Article 7-2 : Modification de garantie | 3 |
| Article 7-3 : Résiliation | 4 |
| ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION | 4 |
| Article 8-1 : Vente à distance | 4 |
| Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance..... | 4 |
| Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile | 4 |
| ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE..... | 5 |
| TITRE 2. COTISATIONS | 5 |
| ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS | 5 |
| ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS..... | 5 |
| ARTICLE 12 : MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS..... | 5 |
| ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS | 5 |
| ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS | 5 |
| ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT | 5 |
| ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT..... | 5 |
| TITRE 3. GARANTIES | 6 |
| ARTICLE 17 : DÉFINITIONS DES GARANTIES | 6 |
| ARTICLE 18 : GARANTIE EN INCLUSION | 6 |
| ARTICLE 19 : TERRITORIALITÉ..... | 6 |
| ARTICLE 20 : RISQUES EXCLUS..... | 6 |
| ARTICLE 21 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS | 6 |
| ARTICLE 22 : CESSATION DES GARANTIES | 6 |
| TITRE 4. PRESTATIONS | 7 |
| ARTICLE 23 : MONTANT DES PRESTATIONS..... | 7 |
| ARTICLE 24 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS | 7 |
| ARTICLE 25 : PIÈCES À FOURNIR | 7 |
| Article 25-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion | 7 |
| Article 25-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations..... | 7 |
| Article 25-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives..... | 7 |
| ARTICLE 26 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS..... | 7 |
| ARTICLE 27 : PRESTATIONS INDUES | 7 |
| ARTICLE 28 : CONTRÔLE MÉDICAL | 7 |
| TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES | 8 |
| ARTICLE 29 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE / FONDS DE SECOURS..... | 8 |
| ARTICLE 30 : SUBROGATION | 8 |
| ARTICLE 31 : FAUSSE DÉCLARATION..... | 8 |
| Article 31-1 : Fausse déclaration intentionnelle | 8 |
| Article 31-2 : Fausse déclaration non intentionnelle | 8 |
| ARTICLE 32 : RÉCLAMATION..... | 8 |
| ARTICLE 33 : MÉDIATION | 8 |
| ARTICLE 34 : PRESCRIPTION | 8 |
| ARTICLE 35 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES | 9 |
| ARTICLE 36 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE | 9 |
| ARTICLE 37 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME | 10 |
| ARTICLE 38 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE..... | 10 |
| ARTICLE 39 : SIGNATURE ÉLECTRONIQUE | 10 |
| ANNEXES :..... | 10 |
| NOUS CONTACTER | 10 |

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement mutualiste prévoyance est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé "l'adhérent", et d'autre part Solimut Mutuelle de France, ci-après dénommée "la Mutuelle", dont le siège social se situe au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. La loi applicable au présent règlement mutualiste est la loi française.

Solimut Mutuelle de France est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 383 143 617 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet de garantir à l'adhérent :

- Le paiement d'une rente en cas de dépendance totale ou partielle ;
- Le versement d'un capital équipement en cas de dépendance totale ou partielle.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne souhaitant devenir membre de la Mutuelle, et étant âgée de plus de 45 ans et de moins de 76 ans.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent.

Le cumul d'adhésion à une même garantie n'est pas admis par la Mutuelle.

ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est formalisée par la signature du bulletin d'adhésion, ainsi que par la remise de toutes les pièces nécessaires à l'adhésion conformément à l'article "Pièces à fournir / délais de transmission".

L'adhérent doit remplir un questionnaire médical simplifié s'il est âgé de moins de 71 ans. En fonction des réponses apportées au questionnaire, la Mutuelle peut demander à l'adhérent de remplir un questionnaire médical non simplifié, afin de formaliser sa demande d'adhésion.

L'adhérent doit remplir un questionnaire médical non simplifié à partir de 71 ans.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent.

ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE

Seul l'adhérent est assuré au titre du présent règlement mutualiste. L'adhérent doit résider en France, à savoir la France métropolitaine ainsi que les DOM-COM, et être affilié à l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'Assurance Maladie Obligatoire regroupe les régimes obligatoires français et monégasques couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents, et permet de couvrir en partie la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail.

L'adhésion pour le compte d'un tiers est strictement interdite dans le cadre du présent règlement mutualiste en dehors du cadre légal des majeurs protégés.

Le cas échéant, l'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion.

À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse mail ou postale.

À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La prise d'effet de la garantie est subordonnée à la fourniture de l'ensemble des pièces nécessaires à l'adhésion telles que définies dans l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du bulletin d'adhésion, pour l'envoyer à la Mutuelle. **La date de la prise d'effet de la garantie est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'acceptation (avec ou sans réserve) du médecin conseil ou de la Mutuelle et sous réserve de la réception du dossier complet, le cachet de la poste faisant foi.**

Dans le cas où l'adhérent souhaiterait une date d'adhésion ultérieure, l'adhésion prendra effet au plus tard le 1^{er} jour du 3^{ème} mois suivant l'envoi du questionnaire de santé par l'adhérent.

La date de prise d'effet du versement des prestations est en principe la même que la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas :

- **De délai de stage / délai de carence** : il s'agit de la période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, ou s'applique de manière limitée, bien que l'adhérent cotise. Sous réserve de l'encaissement effectif des premières cotisations par la Mutuelle, la date d'effet de l'adhésion est le point de départ pour le calcul du délai de stage. **Les éventuels délais de stage sont mentionnés dans le tableau de garantie.**
- **De délai de franchise** : il s'agit de la période suivant la date du sinistre pendant laquelle la prestation n'est pas encore due par la Mutuelle. Pour autant les cotisations doivent être payées pour ouvrir droit aux prestations dues après le délai de franchise. Le délai de franchise est constitué de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail. **Le délai de franchise retenu par l'adhérent est mentionné dans le bulletin d'adhésion.**

ARTICLE 7 : RENOUVELLEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Article 7-1 : Renouvellement

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période civile prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. Le règlement mutualiste se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification de ses coordonnées personnelles (adresse postale et adresse email).

Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

Article 7-2 : Modification de garantie

L'adhérent ne peut pas demander une modification du niveau de garantie souscrit.

Article 7-3 : Résiliation

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, la demande de résiliation doit être adressée avant le 31 octobre de l'année en cours. Si la demande est adressée par courrier, le cachet de la poste fait foi. La résiliation de l'adhésion prendra effet au 1er janvier de l'année suivant la demande. Votre couverture perdurera donc jusqu'au 31 décembre inclus de l'année de la demande.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité et de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

En cas de décès de l'adhérent, la résiliation prend effet le lendemain du jour du décès. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage, dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste, à rembourser aux personnes concernées la partie de la cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « Remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION

Article 8-1 : Vente à distance

Est qualifiée de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

En pratique, il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut manifester son opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle transmet à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, l'adhérent a le droit de demander de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, l'adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification ; ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- > soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- > soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné(e), (Nom/Prénom), demeurant
(Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance
(selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du
contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription)
auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le
remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature. »

Les effets du droit de renonciation

Le règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception ou de l'envoi recommandé électronique, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de cette dernière.

Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Prospection - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné(e) (Nom, prénom) ... demeurant (adresse de
l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance n°.....
(Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut
Mutuelle de France, et demande le remboursement de la totalité
des sommes versées.
Fait à..... le..... signature. »

Les effets du droit de renonciation

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'ensemble des garanties défini au présent règlement mutualiste a été fixé compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet. Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique de la garantie de protection sociale complémentaire, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance de l'adhérent. Chaque garantie peut être modifiée à tout moment dans les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle.

Le Règlement Mutualiste applicable est le Règlement Mutualiste en vigueur au jour du fait générateur entraînant la prise en charge du sinistre par la Mutuelle. L'indemnisation s'effectuera selon les conditions prévues au sein de ce Règlement Mutualiste.

TITRE 2. COTISATIONS

ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues par les statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste est inclus dans la cotisation.

Le montant des cotisations est mentionné au bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article « *Révision des cotisations* » du présent règlement mutualiste.

Le montant des cotisations est exprimé de manière forfaitaire en euro ou en pourcentage du salaire, selon la garantie choisie.

Lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage du salaire, le salaire de référence est le salaire brut, des douze mois civils précédant l'arrêt de travail initial ou le décès hors indemnités liées à la rupture du contrat de travail (notamment indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congé payé et de préavis), dans la limite des tranches de salaire définies au contrat. Lorsque la période de référence n'est pas complète notamment en raison de la date d'effet de la garantie, le salaire de référence annuel est reconstitué, sur la base des éléments de salaire communiqués par l'adhérent afin de compléter la période de référence.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est calculé en fonction de l'âge de l'adhérent à la date d'effet de l'adhésion. La cotisation n'est pas évolutive en fonction de l'âge. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent.

ARTICLE 12 : MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire ou par chèque. En cas de paiement par prélèvement automatique bancaire, le paiement peut être fractionné par mois, par trimestre, par semestre ou par an. Le compte bancaire devra être domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA. Le paiement par chèque est annuel sans fractionnement possible.

Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le bulletin d'adhésion. Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros (€).

ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'évolution démographique, les résultats et l'équilibre technique du règlement mutualiste, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

En cas de résiliation en cours d'année, telle que prévue à l'article « *Renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion* », la part de cotisations correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglé, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants, et dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « *Prescription* » du présent Règlement Mutualiste.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que le règlement mutualiste n'est pas un produit de placement. Ainsi, il n'existe aucun lien entre le montant de la prestation souscrite et les cotisations versées.

ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment provisionné ».

ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent devra adresser une demande à la Mutuelle dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de radiation, et régler l'arriéré de ses cotisations. Dans le cas où le délai de 6 mois est dépassé, la demande d'adhésion d'un ancien adhérent radié de la Mutuelle pour non-paiement des cotisations, ou ayant demandé la résiliation de sa garantie sans avoir payé tout ou partie de la cotisation afférente est subordonnée à l'acceptation par la Mutuelle. Cette nouvelle adhésion ne pourra être effective qu'après régularisation des sommes dues à la Mutuelle, si l'action n'est pas prescrite, conformément aux dispositions de l'article « Prescription » du présent règlement. Cette adhésion sera considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion, aucune demande d'adhésion rétroactive n'étant acceptée.

TITRE 3. GARANTIES

ARTICLE 17 : DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'adhérent bénéficie des garanties et des options indiquées sur son bulletin individuel d'affiliation, pour lesquelles il paye des cotisations.

Les garanties souscrites par l'adhérent sont définies dans le tableau de garantie, annexé au présent règlement mutualiste.

Le niveau de la rente de base choisi est indiqué dans le Bulletin d'adhésion.

- **Garantie dépendance totale**

L'adhérent perçoit une rente mensuelle de 100% de la rente de base en cas de dépendance relevant des groupes iso ressources 1 et 2 de la grille AGGIR.

- **Garantie dépendance partielle**

L'adhérent perçoit une rente mensuelle de 50% de la rente de base en cas de dépendance relevant des groupes iso ressources 3 et 4 de la grille AGGIR.

- **Règles communes aux deux garanties**

La définition des niveaux de dépendance est fixée en annexe, et correspond aux groupes iso ressources de grilles AGGIR en vigueur. Cette définition pourra être revue si cette grille était modifiée. Cette révision résultera de l'avis donné par une commission arbitrale indépendante de la Mutuelle et constituée de spécialistes reconnus dans le domaine de la dépendance.

Le niveau de dépendance reconnu pourra évoluer en fonction de la modification de l'état de santé de l'adhérent, pour autant que des éléments d'appréciation nouveaux justifient cette démarche.

À l'adhésion, l'adhérent choisit le montant de la rente de base entre 304,90 euros et 1829,39 euros par mois par tranche de 152,45 euros.

Garantie capital équipement :

En cas de dépendance reconnue donnant lieu au versement d'une rente au titre des garanties dépendance totale/dépendance partielle, un capital égal à 300% de la rente mensuelle de base est versé.

Le capital ne peut être versé qu'une seule fois.

Pour toutes les garanties :

La Mutuelle verse les prestations à compter de la fin du délai de franchise de 90 jours qui débute le jour où la dépendance atteint un niveau indemnisable par la présente garantie.

En cas de survenance d'un état de dépendance indemnisable, l'adhérent est exonéré du paiement des cotisations à compter de la date où la dépendance atteint un niveau indemnisable.

ARTICLE 18 : GARANTIE EN INCLUSION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par la présente garantie sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

ARTICLE 19 : TERRITORIALITÉ

Les garanties du présent règlement mutualiste s'appliquent dans le monde entier pour les séjours à l'étranger inférieurs à trois mois. Au sein des pays membres de l'Union européenne, le versement des garanties sera dû, quelle que soit la durée du séjour.

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

ARTICLE 20 : RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle les états de dépendance consécutifs à :

- > **Une affection ou un accident non déclaré(e) à l'adhésion dont l'origine ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet du contrat ;**
- > **Une tentative de suicide ou d'automutilation ;**
- > **Des faits intentionnellement provoqués par l'adhérent ;**
- > **L'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrites médicalement ou de l'abus de l'alcool ;**
- > **Des troubles mentaux qui ne révèlent pas d'une détérioration importante ou d'une perte significative de capacité intellectuelle établie par des tests psychotechniques ;**
- > **Des blessures ou lésions provenant de guerre civile ou étrangère ou de conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagement de chaleur d'irradiations provenant de transmutation de noyaux d'atomes.**

ARTICLE 21 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS

Les risques en cours au moment de la modification du règlement mutualiste seront pris en charge selon les règles de l'ancien règlement mutualiste.

ARTICLE 22 : CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion cessera :

- En cas de renonciation de l'adhésion conformément à l'article « Renonciation » ;
- En cas de résiliation de l'adhésion ;
- En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article « Défaut de paiement » ;
- En cas de décès de l'adhérent.

TITRE 4. PRESTATIONS

ARTICLE 23 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est indiqué dans le tableau de garantie et le bulletin d'adhésion correspondant à la garantie souscrite.

ARTICLE 24 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie et le bulletin d'adhésion, dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « *Pièces à fournir / délais de transmission* » du présent règlement mutualiste.

Les prestations sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées, hors éventuels délais bancaires.

Le cas échéant, l'éventuel règlement des prestations peut être remis en cause en fonction des résultats des contrôles médicaux diligentés par la Mutuelle.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur un compte bancaire domicilié dans un Etat relevant de la zone SEPA, appartenant à l'adhérent ou le cas échéant à son représentant légal.

Paiement de la rente :

La rente est payable mensuellement à terme échu, sous réserve que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « *Pièces à fournir* » du présent règlement mutualiste.

Paiement du capital équipement :

Le capital est payé une fois, à la fin de la période de franchise qui débute le jour où la dépendance atteint un niveau indemnisable au titre de la présence couverture.

ARTICLE 25 : PIÈCES À FOURNIR

Article 25- 1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion

À l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, à savoir notamment :

- > Un document d'identité en cours de validité,
- > Un relevé d'identité bancaire d'un compte bancaire domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA,
- > Un mandat de prélèvement SEPA, en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire,
- > Et toutes autres pièces nécessaires.

Article 25 -2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations

Les documents justificatifs demandés sont obligatoires afin d'obtenir le paiement de la Mutuelle. Toutefois, ils ne peuvent à eux seuls impliquer la délivrance de la prestation par la Mutuelle.

L'adhérent doit envoyer à la Mutuelle :

- > Le formulaire « dépendance » dûment complété par l'adhérent et son médecin traitant autorisé à exercer la médecine dans un pays de l'Union Européenne ;
- > Une copie d'éventuels protocoles ou rapports médicaux concernant l'état de dépendance ;
- > Le cas échéant, toute autre pièce jugée utile par la Mutuelle.

Article 25-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

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

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Relation Adhérents - TSA 11346
13235 MARSEILLE CEDEX 02

ARTICLE 26 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement de la rente pour la garantie dépendance totale ou partielle est viager. Il cesse au décès de l'adhérent.

Le versement du capital équipement en cas de dépendance totale ou partielle n'a lieu qu'une seule fois et cesse donc après l'unique versement.

ARTICLE 27 : PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

ARTICLE 28 : CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle peut effectuer tous les contrôles et enquêtes qu'elle jugera utiles, et ce quelle que soit la garantie.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du médecin conseil de la Mutuelle et celles du Régime Obligatoire. À ce titre, les décisions du Régime obligatoire ne s'imposent pas à la Mutuelle. Par conséquent, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par elle, afin que soit apprécié son état de santé.

Les conclusions du médecin désigné par la Mutuelle détermineront si les prestations doivent être dues, maintenues, réduites voire supprimées, et ce, quelle que soit la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme. L'adhérent garde cependant toute possibilité de contestation.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin désigné par la Mutuelle, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin afin d'apprécier l'état de santé de l'adhérent.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'adhérent. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du médecin arbitre seront à la charge de la Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin arbitre confirmerait le rejet de la demande de l'intéressé, les honoraires du médecin arbitre seront à la charge, pour moitié, de l'adhérent et de la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle ne versera pas les prestations :

- En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ;
- Lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la définition des garanties du présent règlement ;
- En cas de refus de l'adhérent de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES

ARTICLE 29 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE / FONDS DE SECOURS

En cas de grande difficulté, l'adhérent peut saisir le fonds social mutualiste géré par une commission de secours dans les conditions fixées par le règlement relatif au fonds social de la Mutuelle.

ARTICLE 30 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables du sinistre ayant entraîné le versement par la Mutuelle des prestations.

À cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuelle intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

ARTICLE 31 : FAUSSE DÉCLARATION

Article 31-1 : Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leur sont reprochées et invités à fournir des explications. En fonction des informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

Article 31-2 : Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été et exactement déclarés.

ARTICLE 32 : RÉCLAMATION

La Mutuelle met à la disposition de ses adhérents et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
Service Réclamations - TSA 11346
13235 MARSEILLE CEDEX 02

Ou à l'adresse email suivante :

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit. Toutefois, en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

ARTICLE 33 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

- Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet.

Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 34 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de cinq ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- **La reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**

- La demande en justice (même en référé) ;
- Un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Lorsque le délai de prescription est dépassé, aucune prise en charge ne pourra couvrir la période dépassant le délai de prescription. La prise en charge couvrira toute la période antérieure à la demande jusqu'à l'expiration du délai de prescription.

ARTICLE 35 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Le caractère obligatoire ou facultatif des données recueillies est spécifié au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de préparation et de gestion des adhésions, d'exécution du règlement mutualiste, d'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, de construction d'audience par profilage, d'organisation d'actions de prévention conformément à l'article 2 - VII des Statuts de la Mutuelle, d'analyse de l'historique du dossier adhérent dans le cadre de la lutte contre la fraude, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales et de la vie institutionnelle de la Mutuelle. À ce titre, la Mutuelle se réserve la faculté de recourir à la plateforme gouvernementale dédiée, afin de vérifier l'authenticité des documents d'identité transmis, dans le respect des recommandations de la CNIL.

Ces traitements sont fondés sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle ainsi que pour garantir le respect des obligations légales et réglementaires pesant sur la Mutuelle (comme la lutte contre le blanchiment, la lutte contre la fraude ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux). Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des

adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs et coassureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Pour la réalisation de ce traitement, la Mutuelle pourra faire appel à un sous-traitant, lié par contrat, qui présentera les garanties suffisantes afin de répondre aux exigences de sécurité et de confidentialité des données, ainsi qu'au respect des instructions de traitement définies par la Mutuelle. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction des finalités du recueil et du traitement des données auxquelles elles sont liées. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- soit par mail à dpo.smf@solimut.fr

- soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle. L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 36 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de cette relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société CONSOPROTEC, Service Bloctel, 19 rue de la Vallée-Maillard, 41000, Blois, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 37 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ses obligations par la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de demander des justificatifs complémentaires au professionnel de santé le cas échéant. Dans ce cadre, les services spécialisés de la Mutuelle sont habilités à contacter l'adhérent et les professionnels de santé afin d'obtenir des précisions sur les informations et les justificatifs fournis.

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier. Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droit et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique) ;
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2-2 du Code monétaire et financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la Mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

En cas de refus ou d'opposition de l'adhérent au prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 comme rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

ARTICLE 38 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

ARTICLE 39 : SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Le Souscripteur / L'Adhérent et la Mutuelle peuvent accepter que le contrat soit signé électroniquement. Le cas échéant, conformément aux dispositions des articles 1366 et suivants du Code civil, les signataires s'accordent pour reconnaître à cette signature électronique la même valeur que leur signature manuscrite et pour conférer date certaine à celle attribuée à la signature du présent acte par voie électronique.

Il est encore rappelé que l'exigence d'une pluralité d'originaux posée par l'article 1375 du Code civil est réputée satisfaite pour les contrats sous forme électronique lorsque l'acte est établi et conservé conformément aux articles 1366 et 1367, et que le procédé permet à chaque partie de disposer d'un exemplaire sur support durable ou d'y avoir accès.

ANNEXES :

- Tableau des cotisations
- Tableau de garantie
- Définition des groupes iso - ressources
- Grille d'évaluation AGGIR
- Convention d'assistance

NOUS CONTACTER



> [Par notre réseau d'agences :](#)

Des conseillers disponibles et expérimentés à votre disposition dans nos **60 agences réparties sur 8 régions** (coordonnées de nos agences sur notre site internet www.solimut-mutuelle.fr)



> [Par téléphone :](#)

En appelant le 04 42 18 02 50 - Accueil téléphonique du lundi au vendredi



> [Par Courrier :](#)

Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents - TSA 11346
13235 Marseille Cedex 02



LE TRI
+ FACILE



PAPIER



BAC
DE
TRI