

Solimut Mutuelle de France Règlement Mutualiste Prévoir

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 18 SEPTEMBRE 2025



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE	4
ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE.....	4
ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION.....	4
ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION.....	5
ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE	5
ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE	6
ARTICLE 7 : RENOUELEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉLIATION DE L'ADHÉSION.....	6
<i>Article 7-1 : Renouvellement</i>	6
<i>Article 7-2 : Modification de garantie</i>	6
<i>Article 7-3 : Affiliation des ayants droit</i>	7
<i>Article 7-4 : Suspension des garanties</i>	7
<i>Article 7-5 : Résiliation</i>	7
ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION	7
<i>Article 8-1 : Vente à distance</i>	7
<i>Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance</i>	8
<i>Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile</i>	8
<i>Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine</i>	8
ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE.....	9
TITRE 2. COTISATIONS	9
ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS	9
ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS.....	9
ARTICLE 12 : MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	9
ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS.....	9
ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS.....	9
ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT	9
ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT.....	9
TITRE 3. GARANTIES	10
ARTICLE 17 : DÉFINITIONS DES GARANTIES	10
ARTICLE 18 : GARANTIE EN INCLUSION	13
ARTICLE 19 : TERRITORIALITÉ	13
ARTICLE 20 : RISQUES EXCLUS.....	13
<i>Article 20-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties</i>	13
<i>Article 20-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties</i>	13
ARTICLE 21 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS	14
ARTICLE 22 : CESSATION DES GARANTIES	14
TITRE 4. PRESTATIONS	15
ARTICLE 23 : MONTANT DES PRESTATIONS.....	15
ARTICLE 24 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	15
ARTICLE 25 : PRINCIPE INDEMNITAIRE.....	16
ARTICLE 26 : PIÈCES À FOURNIR	16
<i>Article 26-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion</i>	16
<i>Article 26-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations</i>	16
<i>Article 26-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives</i>	17
ARTICLE 27 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	17
ARTICLE 28 : PRESTATIONS INDUES	17
ARTICLE 29 : CONTRÔLE MÉDICAL	17
TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LEGALES	18
ARTICLE 30 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE / FONDS DE SECOURS.....	18
ARTICLE 31 : SUBROGATION	18
ARTICLE 32 : FAUSSE DÉCLARATION.....	18
<i>Article 32-1 : Fausse déclaration intentionnelle</i>	18
<i>Article 32-2 : Fausse déclaration non intentionnelle</i>	18
ARTICLE 33 : RÉCLAMATION.....	18
ARTICLE 34 : MÉDIATION	18
ARTICLE 35 : PRESCRIPTION	19
ARTICLE 36 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	19
ARTICLE 37 : OPPOSITION AU DÉMARCHEGÉ TÉLÉPHONIQUE	20

ARTICLE 38 :	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	20
ARTICLE 39 :	AUTORITÉ DE CONTRÔLE	20
ARTICLE 40 :	SIGNATURE ÉLECTRONIQUE	20
ARTICLE 41 :	PARTICIPATION AUX EXCÉDENTS.....	20

ANNEXES :	21
------------------------	-----------

NOUS CONTACTER	21
-----------------------------	-----------

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

Le présent règlement mutualiste a pour objet le versement de prestations prévoyance en fonction de la garantie souscrite.

La garantie Prévoir Salariés a pour objet de garantir aux salariés ayant adhéré, le versement en cas d'accident ou de maladie :

- D'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- D'une rente en cas d'incapacité permanente ou d'une pension en cas d'invalidité (si l'option est souscrite : le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation).

La garantie Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité a pour objet de garantir aux salariés ayant adhéré, le versement :

- D'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- D'un capital en cas de décès de l'adhérent ;
- D'un capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

La garantie Prévoyance Hospitalisation/Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit a pour objet de garantir le versement :

D'une allocation journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, une maladie ou une maternité.

La garantie Prévoir Maladies Redoutées a pour objet de garantir le versement :

- D'un capital en cas de diagnostic d'une maladie redoutée.

La garantie Prévoyance Obsèques/Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques a pour objet de garantir le versement :

- D'une Allocation Obsèques permettant le remboursement de tout ou partie des frais d'obsèques dans la limite du capital souscrit.
- Si la revalorisation est une garantie de base pour les trois premiers niveaux de la garantie Prévoyance Obsèques, il s'agit d'une garantie optionnelle pour la garantie Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques (si l'option est souscrite : le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation).

La garantie Prévoir Accidents/Galaxie a pour objet de garantir le versement :

- D'une allocation journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident de la circulation ;

- D'une allocation journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident ne pouvant pas être qualifié d'accident de la circulation ;
- D'un capital en cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle et supérieure à 10% (si l'option est souscrite : le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation) ;
- D'un capital en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident de la circulation ;
- D'un capital en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident ne pouvant pas être qualifié d'accident de la circulation.

La garantie Prévoyance Accidents a pour objet de garantir le versement :

- D'une allocation journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident toutes causes ;
- D'un capital en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident toutes causes ;
- D'un capital en cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle et supérieure à 10%, selon le niveau choisi.

La garantie Prévoir Décès a pour objet de garantir le versement :

- D'un capital en cas de décès de l'adhérent ;
- D'un capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Le versement des prestations est subordonné au respect des éventuelles conditions mentionnées dans le tableau de garantie concerné.

Les garanties non souscrites par l'adhérent ne sont pas dues par la Mutuelle. Seules les garanties référencées au sein du tableau de garantie annexé au présent règlement, et correspondant à la garantie souscrite par l'adhérent sont opposables à la Mutuelle. Le nom de la garantie souscrite et les éventuelles options supplémentaires souscrites sont indiqués sur le bulletin d'adhésion de l'adhérent.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne souhaitant devenir membre de la Mutuelle, et étant âgée de plus de 16 ans. Le cumul d'adhésions à une même garantie n'est pas admis par la Mutuelle.

À titre dérogatoire, des dispositions spécifiques s'appliquent à certaines garanties :

> Concernant les garanties Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité, Prévoyance Obsèques/ Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques, Prévoyance Accidents/Prévoir Accidents/Galaxie et Prévoir Décès : Peut adhérer au présent règlement mutualiste afin de bénéficier des prestations décès et obsèques prévues par ces garanties, toute personne âgée de plus de 18 ans.

> Concernant les garanties Prévoir Salariés et Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité : Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne âgée de moins de 60 ans et qui exerce une activité salariée sur le territoire français. Ne peuvent adhérer à la présente couverture :

- Les personnes en arrêt de travail au moment de la souscription et de la prise d'effet de la couverture,
- Les personnes à temps partiel thérapeutique.

> Concernant la garantie Prévoyance Hospitalisation : Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne âgée de moins de 71 ans. Le cumul d'adhésions à cette même garantie n'est pas possible. En revanche, il est possible de cumuler cette garantie avec la garantie Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit.

> **Concernant la garantie Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit :** Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne âgée de moins de 65 ans.

> **Concernant la garantie Prévoir Maladies Redoutées :** Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne âgée de moins de 66 ans.

> **Concernant la garantie Prévoyance Obsèques :** Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne âgée de moins de 85 ans. Le cumul d'adhésions à cette même garantie n'est pas possible. En revanche, il est possible de cumuler cette garantie avec la garantie Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques.

> **Concernant la garantie Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques :** Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne âgée de moins de 85 ans. Le cumul d'adhésions à cette garantie est possible, toutefois, le cumul du montant des allocations Obsèques est plafonné à 8000 euros (€). À partir de 71 ans, le plafond à l'adhésion est réduit à 3600 euros (€) en cas d'adhésion cumulative. En tout état de cause, le cumul des allocations obsèques souscrites est plafonné à 8000 euros (€). En cas d'adhésion en couple mentionnée sur le bulletin d'adhésion, l'âge retenu dans le cadre des limites d'âge correspond à l'année de naissance de l'assuré le plus âgé.

> **Concernant la garantie Prévoir Décès :** Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne âgée de moins de 60 ans. Le cumul d'adhésions à cette garantie est possible, toutefois, le cumul du montant des capitaux décès sera plafonné à 150 000 euros (€).

> **Concernant la garantie Prévoyance Accidents :** Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne âgée de moins de 85 ans. Le cumul d'adhésions à cette même garantie n'est pas possible. En revanche, il est possible de cumuler cette garantie avec la garantie Prévoir Accidents/Galaxie.

> **Concernant la garantie Prévoir Accidents/Galaxie :** Concernant les risques portant sur l'hospitalisation et le décès, peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne âgée de moins de 85 ans. Concernant le risque incapacité physique permanente, peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne âgée de moins de 65 ans.

En tout état de cause, les personnes ayant atteint l'âge de cessation des garanties, tel que prévu à l'article « Cessation des garanties », ne peuvent adhérer au présent règlement mutualiste. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent. En revanche, il convient de retenir la date d'anniversaire pour le calcul de l'âge minimal à l'adhésion.

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".

Pour adhérer à certaines garanties, des formalités d'adhésion spécifiques sont nécessaires :

> Concernant les garanties Prévoir Décès, Prévoir Maladies Redoutées et Prévoir Salariés :

Le questionnaire médical est une formalité d'adhésion obligatoire pour toute adhésion à ces garanties. À ce titre, l'adhérent doit remplir un questionnaire médical pour formaliser son adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent entraîne la nullité de l'adhésion.

Les pièces nécessaires à l'adhésion, notamment le bulletin d'adhésion et le questionnaire médical, doivent être remises à la Mutuelle dans les 30 jours calendaires à compter de la date d'envoi par courrier par la Mutuelle, le cachet de la Poste faisant foi. À défaut, la demande d'adhésion sera considérée comme irrecevable.

En tout état de cause, l'adhérent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le ou les questionnaires médicaux remis par la Mutuelle, puis le ou les retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. Le médecin conseil pourra alors :

- Accepter l'adhésion sans réserve,
- Émettre des réserves médicales,
- Refuser l'adhésion.

La Mutuelle s'engage à envoyer la réponse du médecin conseil à l'adhérent dans un délai maximal de 2 mois à réception du dossier complet. À défaut, la demande d'adhésion est réputée refusée.

En cas d'acceptation avec réserves médicales, un avenant de réserve médicale est adressé à l'adhérent afin de tenir compte des réserves émises par le médecin conseil de la Mutuelle. L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la décision du médecin conseil pour accepter l'adhésion. À défaut, la demande d'adhésion sera considérée comme irrecevable.

> Concernant la garantie Prévoir Salariés et Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité :

Les personnes en arrêt de travail au moment de la demande d'adhésion ne peuvent pas adhérer à ces deux garanties.

> Concernant la garantie Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques :

En cours d'adhésion, si l'adhérent souhaite souscrire l'option revalorisation, il doit souscrire une adhésion supplémentaire. L'option revalorisation s'appliquera uniquement sur ce nouveau capital, et la cotisation correspondante sera calculée en fonction de l'âge de l'adhérent au jour de la prise d'effet de cette nouvelle adhésion.

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 DROM-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, toute modification 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.

À titre dérogatoire, concernant les garanties Prévoyance Hospitalisation/Prévoir Hospitalisation/ Mut'Hospit et Prévoyance Accidents/Prévoir Accidents/Galaxie, en complément de l'adhésion individuelle de l'adhérent, peuvent adhérer :

- Le conjoint de l'adhérent ;
- Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint.

Par conjoint, il faut entendre la personne mariée civilement à l'adhérent et non séparée de corps judiciairement. Est assimilé au conjoint :

- Soit le partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (PACS).

- Soit le concubin notoire de l'adhérent, le concubinage notoire étant justifié par une attestation sur l'honneur de vie commune au même domicile depuis plus d'un an.

Par enfant, il faut entendre les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, jusqu'à leurs 20 ans sans conditions. Lorsque les enfants ont atteint l'âge de 20 ans, la qualification d'ayant droit perdure jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La Mutuelle peut demander tout justificatif permettant d'attester de la qualité de conjoint ou d'enfant au sens du présent Règlement Mutualiste.

Les enfants peuvent adhérer en tant qu'ayant droit à la garantie incapacité physique permanente uniquement au titre de la garantie Prévoyance Accidents.

En tout état de cause, l'adhésion d'un conjoint ou d'un enfant est soumise aux mêmes conditions que celles de l'adhérent, à savoir, au respect des conditions d'adhésion prévues aux articles "Conditions d'adhésion" et "Formalités d'adhésion" du présent Règlement Mutualiste.

À titre dérogatoire, [concernant les garanties Prévoyance Obsèques/Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques](#), en complément de l'adhésion individuelle de l'adhérent, peut adhérer le conjoint de l'adhérent. La qualité de conjoint est définie de manière identique à ce qui est énoncé ci-dessus.

À titre dérogatoire, [concernant les garanties Prévoyance Obsèques/Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques et Prévoyance Hospitalisation/Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit et Prévoyance Accidents/Prévoir Accidents/Galaxie](#), en cas de cessation de l'adhésion de l'adhérent principal, l'ayant droit décidant d'adhérer sans discontinuité d'assurance pourra du fait de son ancienneté conserver le taux de cotisation applicable à la tranche d'âge correspondant à sa précédente affiliation, et ne sera pas assujéti aux limites d'adhésion, ainsi qu'au délai de stage prévu au sein du règlement mutualiste. La demande d'adhésion doit se faire dans les 3 mois suivant la cessation de l'adhésion de l'adhérent principal. De plus, il est nécessaire de conserver le même niveau de garantie ainsi que les mêmes options. Toutes demandes de modifications ultérieures à l'adhésion de l'ancien ayant droit ne bénéficieront plus des règles dérogatoires de faveur précédemment énoncées.

Concernant la garantie Prévoyance Obsèques, en complément des dispositions susmentionnées, l'ayant droit **conservera la part de revalorisation du contrat qui lui a été appliquée.**

Les ayants droit bénéficient des mêmes garanties que l'adhérent.

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.

[Concernant les adhésions sans formalités médicales, et les adhésions à distance](#), l'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception par la Mutuelle du dossier complet, à savoir notamment les pièces indispensables à l'ouverture des droits qui sont listées à l'article « *Pièces à fournir au moment de l'adhésion* » du présent règlement. La date renseignée par la Mutuelle sur le bulletin d'adhésion est, au plus tôt, le lendemain de la signature du bulletin d'adhésion, étant précisé que la date d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion ne peut pas être antérieure à la date de réception du dossier complet par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi (pour les bulletins transmis par courrier).

En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, ou lorsque celle-ci ne respecte par la condition de postériorité mentionnée ci-dessus, la prise d'effet est fixée au lendemain de la réception du dossier complet par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi (pour les bulletins transmis par courrier).

[Concernant les adhésions avec formalités médicales](#), la date de 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 1er 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 sa situation administrative concernant son régime obligatoire ;
- De sa situation familiale en cas d'affiliation des ayants droit ;
- 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 peut demander une modification du niveau de garantie de la couverture souscrite à tout moment. La modification prendra effet le premier jour du mois suivant la réception des pièces justificatives nécessaires. Si aucune pièce justificative n'est nécessaire, la modification prendra effet au 1er jour du mois suivant la demande.

En cas de demande de modification de garantie par courrier, le cachet de la poste fera foi pour déterminer la date de la demande.

Les présentes règles encadrant les modifications de garantie ne font pas obstacles aux dispositions du règlement mutualiste portant sur la résiliation de l'adhésion.

Par dérogation, des règles spécifiques s'appliquent pour certaines garanties :

> Concernant les garanties Prévoir Maladies Redoutées et Prévoir Décès :

La demande de modification doit être adressée à la Mutuelle, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'exercice en cours.

Si l'adhérent souhaite modifier sa garantie à la hausse, il doit remplir les conditions suivantes :

- Remplir un questionnaire médical ;
- Être adhérent au présent Règlement Mutualiste pendant une période d'au moins 12 mois consécutifs ;
- Ne pas être en arrêt de travail au moment de la demande ;
- Ne pas avoir atteint l'âge limite d'adhésion au moment de la demande (pour rappel, l'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent).

Le cas échéant, lorsque la Mutuelle demande à l'adhérent de remplir ou faire remplir par son médecin traitant un questionnaire médical, l'adhérent doit le retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle. La Mutuelle pourra, le cas échéant, refuser ce changement de garantie ou exclure du champ des garanties de nouvelles pathologies. En cas d'acceptation, un bulletin d'adhésion modificatif indiquant la date de prise d'effet de la demande devra être signé par l'adhérent. En tout état de cause, en cas de demande de modification de garantie par courrier, le cachet de la poste fera foi pour déterminer la date de la demande.

En cas de modification de garantie à la baisse, l'adhérent n'aura pas à remplir de questionnaire médical.

La modification prend effet au 1er janvier suivant ou au jour de l'acceptation de la Mutuelle si celle-ci est postérieure à cette date, sous réserve du paiement de la cotisation. La décision de la Mutuelle est adressée à l'adhérent par courrier recommandé avec accusé de réception. En cas de refus par la Mutuelle, l'adhérent conservera sa garantie initiale.

> Concernant les garanties Prévoir Décès, Prévoyance Hospitalisation/Prévoir Hospitalisation, Prévoir Maladies Redoutées, Prévoyance Obsèques/Prévoir Obsèques

En cas de modification de la garantie à la hausse, le même délai de stage et la même limite d'âge prévus pour l'adhésion s'appliquent. Toutefois, le délai de stage s'applique uniquement sur la partie de la garantie modifiée à la hausse. Ainsi, lorsqu'un sinistre se réalise pendant la période de stage, la Mutuelle verse les garanties prévues antérieurement à la modification de garantie, dans la limite du crédit d'indemnisation.

Si les délais de stage dépendent de l'âge de l'adhérent, l'âge pris en compte est celui au moment de la demande de modification. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent.

L'adhérent devra renvoyer la demande de modification à l'adresse postale suivante :

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

Concernant les garanties Prévoir Salariés, Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité, Prévoir Accidents/Galaxie, Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit et Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques, la modification des garanties en cours d'adhésion est interdite.

Article 7-3 : Affiliation des ayants droit

En dehors de l'hypothèse d'une naissance, ou d'une adoption, en cas d'affiliation éventuelle d'un ayant droit supplémentaire postérieurement à l'adhésion de l'adhérent principal, l'affiliation dudit ayant droit prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

En cas de naissance d'un enfant, l'adhésion de cet enfant prend effet au premier jour du mois de sa naissance si l'adhérent communique à la Mutuelle l'acte de naissance, ainsi que l'attestation Sécurité sociale comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents, dans les trois mois suivant la naissance. À défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant nouveau-né à la Mutuelle.

En cas d'adoption d'un enfant, l'adhésion de cet enfant prend effet au premier jour du mois où l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille, si l'adhérent communique à la Mutuelle l'acte d'adoption, ainsi que l'attestation de la Sécurité sociale comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents, dans les trois premiers mois suivant l'adoption. À défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant adopté à la Mutuelle.

Concernant les garanties Prévoir Accidents/Galaxie, Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit et Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques, l'ajout d'ayants droit en cours d'adhésion est interdit.

Article 7-4 : Suspension des garanties

L'adhésion aux garanties Prévoir Salariés et Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité est suspendue :

- Si l'adhérent n'exerce aucune activité professionnelle salariée : l'adhérent devra envoyer à la Mutuelle une attestation émise par le régime d'assurance chômage.
- Si l'adhérent est en congé sabbatique : l'adhérent devra envoyer à la Mutuelle une attestation sur l'honneur attestant de ladite situation.

Article 7-5 : 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 ou 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 connexion 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 à 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 et n'entraîne pas 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 Solimut Mutuelle de France 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 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine

Conformément à l'article L223-8 du code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à une couverture ayant au moins une garantie qui dépend de la durée de la vie humaine, quel que soit le mode d'adhésion. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification et n'entraîne pas de pénalités. Ce délai commence à courir le jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

Les couvertures concernées sont Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité, Prévoyance Accidents/Prévoir Accidents/Galaxie, Prévoyance Obsèques/Prévoir Obsèques/Mut'ualité Obsèques et Prévoir Décès.

Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation 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.

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

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, à l'exception, le cas échéant, 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 celle-ci.

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 euros 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

Les taux de cotisation sont établis notamment en fonction des éléments suivants :

> **La tranche d'âge** : L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent. Il est

entendu qu'au cours de l'adhésion les montants des cotisations peuvent évoluer en fonction de l'âge.

- > **Le niveau de garantie ainsi que les éventuelles options** ;
- > **La composition familiale** : adhésion du conjoint et des enfants tels que définis au présent règlement mutualiste, lorsque la garantie souscrite le permet.

Le montant de la cotisation est calculé à partir de la date d'effet de l'adhésion.

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.

À titre dérogatoire, dans le cadre de la [garantie Prévoir Obsèques/Mutualité Obsèques](#), en cas de souscription de l'option revalorisation, la cotisation sera revalorisée automatiquement à hauteur de 2,5%, chaque année, au 1^{er} janvier.

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 cotisation correspondant au trop-perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglée, 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 approvisionné ».

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.

• **Hospitalisation**

La garantie a pour objet le versement à l'adhérent d'allocations journalières en cas d'hospitalisation survenant postérieurement à la date d'effet du contrat et à la date de fin de stage, nécessitant au moins une nuitée constatée sur le bulletin d'hospitalisation.

Les hospitalisations à domicile ne sont pas indemnisées au titre de la garantie Hospitalisation.

À titre dérogatoire, la garantie Hospitalisation comprend la prise en charge de l'hospitalisation à domicile dans le cadre de la couverture Prévoyance Accidents.

L'hospitalisation à domicile est encadrée par le Code de la santé publique. L'adhérent doit justifier du versement de prestations par la sécurité sociale au titre de l'hospitalisation à domicile. Le médecin hospitalier ou le médecin traitant de l'adhérent doit l'avoir orienté en faveur du dispositif d'hospitalisation à domicile. L'accord du médecin traitant est toujours nécessaire. Dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, la notion de domicile n'est pas uniquement restreinte au domicile personnel de l'adhérent, mais peut également concerner des établissements de santé certifiés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les soins de suite et de réadaptation, qu'ils soient dispensés à domicile ou dans un établissement de santé, peuvent donner droit au versement de la prestation d'allocations journalières en cas de convalescence nécessitant des soins, dès lors que :

- Les actes chirurgicaux ou orthopédiques pratiqués figurent dans la liste dressée par la Haute Autorité de Santé ;

- La procédure de mise sous accord préalable « soins de suite et de réadaptation » est respectée.

Cela concerne les soins de masso-kinésithérapie, ne nécessitant pas systématiquement une hospitalisation. La chirurgie ambulatoire n'ouvre pas droit aux prestations d'allocations journalières d'Hospitalisation, ou de convalescence nécessitant des soins.

À la différence des hospitalisations à temps complet, les hospitalisations à temps partiel ne sont pas indemnisées.

L'hospitalisation à temps complet est l'hospitalisation durant laquelle l'adhérent est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit. Il passe au moins une nuit à l'hôpital.

L'hospitalisation à temps partiel est l'hospitalisation durant laquelle les soins sont dispensés sur une seule journée ou par séquence sous forme de séances de soins sur un ou plusieurs jours de la semaine.

L'hospitalisation Première Minute recouvre, en sus de l'allocation journalière en cas d'hospitalisation :

- **L'hospitalisation de jour ou chirurgie ambulatoire.** Il s'agit d'une hospitalisation sans nuitée.

- Tout passage dans un service des **urgences** d'un établissement hospitalier.

Aucune prestation ne sera versée dans le cadre d'une hospitalisation si la date du début de séjour est antérieure à la date d'effet de l'adhésion.

• **Incapacité**

L'incapacité correspond à l'incapacité physique d'exercer une quelconque activité professionnelle, ayant entraîné l'arrêt de travail de l'adhérent, dont la date initiale est postérieure à la date d'entrée en vigueur des garanties constatée par une autorité médicale, et ouvrant droit à des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation maladie ou de la législation accidents du travail et maladies professionnelles.

Il est précisé que ne sont pas pris en charge au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, les arrêts de travail dont l'origine n'est pas liée à une maladie, à une maternité ou à un accident, même si des indemnités journalières sont versées par la Sécurité sociale.

En cas de rechute médicalement constatée se rattachant à un arrêt de travail antérieur ayant déjà ouvert droit à indemnisation, les prestations sont servies et calculées dans les mêmes conditions que pour l'arrêt initial, sans application d'une nouvelle franchise.

• **Invalidité / Incapacité permanente**

L'invalidité / incapacité permanente correspond à l'impossibilité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle, ayant entraîné la notification d'attribution d'une pension d'invalidité par le régime obligatoire, ou d'une rente d'incapacité permanente et dont le taux est reconnu par le médecin conseil de la Mutuelle, dont la date est postérieure à la date d'entrée en vigueur des garanties.

L'impossibilité de travailler liée à un accident ou à une maladie de la vie privée est qualifiée d'invalidité, tandis que l'impossibilité de travailler liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle est qualifiée d'incapacité permanente.

Il est précisé que le taux d'incapacité pris en compte pour le calcul de la prestation versée par la Mutuelle correspond au taux d'incapacité permanente professionnelle retenu par la Sécurité sociale, au sens de l'article L.434-1 A du Code de la Sécurité sociale. Le taux correspondant à l'incapacité permanente fonctionnelle est donc exclu.

Par conséquent, seule la part de la rente versée par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité professionnelle est déduite du montant de la rente versée par la Mutuelle. La fraction de la rente compensant le déficit fonctionnel permanent n'est pas prise en compte.

• **Perte totale et irréversible d'autonomie**

La perte totale et irréversible d'autonomie est définie comme l'infirmité complète, empêchant définitivement l'adhérent de se livrer à quelque activité que ce soit et l'obligeant en outre à recourir pendant toute son existence à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Le versement anticipé du capital décès est possible dès lors que l'adhérent subit une perte totale et irréversible d'autonomie et remplit les conditions cumulatives suivantes :

- > Avant la liquidation effective de sa pension de retraite ou dès lors qu'il n'a pas atteint l'âge légal de départ à la retraite ;
- > Être reconnu par son régime obligatoire en invalidité 3ème catégorie ou être atteint d'une infirmité permanente professionnelle au taux de 100% ;
- > Bénéficier de la majoration pour assistance d'une tierce personne de cet organisme.

Le versement anticipé du capital prévu en cas d'Invalidité totale et permanente met fin à la garantie Décès.

• **Décès**

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de la personne couverte au(x) bénéficiaire(s). **Les cotisations versées au titre des garanties décès sont susceptibles d'être supérieures au montant des prestations garanties, il ne s'agit pas d'un produit de placement. La cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice de la prestation sans possibilité de rachat ni de réduction, la garantie décès étant à fonds perdus.**

Pour les mineurs de moins de 12 ans ainsi que pour les personnes majeures sous tutelle, l'allocation ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Désignation de bénéficiaire par défaut :

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'adhérent notifiée à la Mutuelle, ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- Au conjoint marié civilement à l'adhérent et non séparé de corps judiciairement ;
- À défaut au partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- À défaut aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, par parts égales entre eux ;
- À défaut aux père et mère de l'adhérent par parts égales entre eux, ou en cas de décès de l'un des deux, au survivant pour la totalité ;
- À défaut aux héritiers selon la dévolution successorale. Ainsi, les héritiers ayant renoncé à la succession ne pourront pas bénéficier du capital décès.

Le concubinage n'est pas assimilé au mariage. L'adhérent doit donc rédiger une clause de désignation particulière s'il souhaite attribuer le capital décès à son concubin.

Clause de désignation particulière :

L'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par défaut. Pour ce faire, il devra remplir le formulaire prévu à cet effet.

En outre, la désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous-seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation particulière du (ou des) bénéficiaire(s), l'adhérent est invité à renseigner la qualité (lien de parenté), et les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par la Mutuelle à la suite de son décès afin de verser la prestation.

L'adhérent a la possibilité :

- De répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires en indiquant le pourcentage de répartition ;

- D'établir un rang de priorité parmi les bénéficiaires, en indiquant l'ordre de priorité.

À défaut de répartition et de rang, le capital sera réparti à parts égales entre les bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires, c'est-à-dire s'il décède antérieurement à l'adhérent, le capital est réparti à parts égales aux bénéficiaires du même rang de priorité, ou à défaut au rang suivant de priorité. En cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause de désignation par défaut ci-dessus s'appliquera. Les mêmes règles sont applicables en cas de désignation nulle.

Modification :

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'adhérent peut modifier à tout moment sa désignation de bénéficiaire afin que la désignation effectuée corresponde toujours à ses souhaits au cours de son adhésion.

En effet, les changements d'état civil (divorce, rupture de PACS...) n'annulent pas la désignation de bénéficiaire, lorsque le bénéficiaire est expressément nommé. Cependant, la désignation sera nulle en cas de séparation si la désignation était uniquement qualitative et non nominative, si la personne désignée n'avait pas accepté la désignation. Par conséquent, le versement de la prestation sera effectué à la personne désignée d'un rang inférieur. À défaut de personne désignée en rang inférieur, la prestation sera versée selon les règles de désignation par défaut.

Acceptation du bénéficiaire :

La désignation de bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut être faite par avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'adhérent et le bénéficiaire. L'acceptation n'a alors d'effet sur la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Cas particulier de l'adhérent mineur non émancipé :

En cas de décès d'un adhérent mineur non émancipé, le capital est versé aux héritiers. La Mutuelle ne peut pas prendre en compte une désignation particulière de bénéficiaire effectuée par un adhérent mineur.

• **Obsèques**

La garantie a pour objet le versement d'une allocation obsèques permettant le remboursement de tout ou partie des frais d'obsèques, dans la limite du capital souscrit en cas de décès de l'adhérent.

L'allocation ne sera versée que sur présentation de la facture de l'organisme de Pompes Funèbres. Le versement de l'allocation est subordonné à l'acquittement effectif des frais ; aucun paiement direct aux opérateurs funéraires n'est autorisé.

Lorsque plusieurs personnes physiques présentent des factures acquittées, la prestation est répartie au prorata des sommes engagées, sous réserve qu'aucun paiement n'ait encore été effectué par la Mutuelle. À défaut, tout paiement déjà versé par la Mutuelle est réputé libératoire.

Lorsque les frais d'obsèques ont partiellement été couverts par un régime obligatoire ou un autre organisme assureur, la prestation versée par la Mutuelle interviendra en complément, dans la limite du montant restant à payer par la(les) personne(s) ayant acquitté les frais.

L'adhérent ainsi que ses proches, conservent le libre choix du prestataire chargé de l'organisation des funérailles. L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que l'allocation versée **est susceptible de ne pas couvrir l'ensemble des frais d'obsèques engagés.**

Pour les mineurs de moins de 12 ans ainsi que pour les personnes majeures sous tutelle, l'allocation ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Le versement d'un éventuel reliquat est effectué selon les mêmes règles que pour les garanties décès. Ainsi l'adhérent peut choisir la

désignation de bénéficiaire par défaut ou la désignation de bénéficiaire particulière.

Concernant la garantie Prévoir Obsèques/Mutualité Obsèques : La garantie souscrite peut prévoir l'ajout d'une option revalorisation. Cette option permet une revalorisation annuelle de 2,5% du capital choisi, et des cotisations.

Concernant la garantie Prévoyance Obsèques : Selon le niveau choisi, une revalorisation effective au 1er janvier et annuelle est appliquée sur le capital et les cotisations à hauteur de 2%.

Le montant cumulé des cotisations versées pourrait être supérieur au montant du capital garanti, sans qu'aucun remboursement ne soit dû de la part de la Mutuelle.

- **Caractère accidentel**

Accident toutes causes

L'accident toutes causes est défini comme tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement.

Dans tous les cas, ne sont pas considérés comme accident les événements suivants :

- Les infarctus du myocarde ;
- Les ruptures d'anévrisme ;
- Les accidents vasculaires cérébraux ;
- Les lombalgies, les lumbagos ;
- Les sciatiques ;
- Les éventrations ;
- Les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- Les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- Les hydrocutions ;
- Les hernies abdominales ;
- Les lésions méniscales ;
- Les chutes liées à une dégradation de l'état de santé causée par notamment la vieillesse ou une maladie ;
- Suicides, tentatives de suicide ou d'automutilation.

Accident de la circulation

Est considéré comme accident de la circulation :

- Tout événement correspondant à la définition de l'accident toutes causes rappelées ci-dessus
- Et impliquant un véhicule à moteur terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien.

Les véhicules à moteur terrestres correspondent aux véhicules de personnes ou de choses soumis à l'obligation d'assurance automobile.

Les engins de déplacement personnel tels que définis par le décret n° 2019-1082 du 23 octobre 2019 relatif à la réglementation des engins de déplacement personnel sont également considérés comme des véhicules terrestres à moteur par le présent règlement Mutualiste.

Pour information, ledit décret définit les engins de déplacement personnels comme étant un véhicule sans place assise, conçu et construit pour le déplacement d'une seule personne et dépourvu de tout aménagement destiné au transport de marchandises, équipé d'un moteur non thermique ou d'une assistance non thermique et dont la vitesse maximale par construction est supérieure à 6 km/h et ne dépasse pas 25 km/h.

À titre d'exemple, les nouveaux véhicules électriques individuels tels que les trottinettes électriques, les hoverboards, les gyroroues, les gyropodes, les segways sont bien des véhicules terrestres à moteur au titre du présent règlement mutualiste dès lors qu'ils respectent la définition d'engins de déplacement personnel énoncée ci-dessus.

Ne sont pas considérés comme véhicules terrestres :

- Les seules remorques ou les semi-remorques ;
- Les jouets pour enfants, y compris motorisés ;
- Les vélos et trottinettes non motorisés ;
- Les fauteuils roulants, y compris motorisés ;
- Les engins de jardinage non motorisés et non équipés d'un siège sur lequel une personne prend place pour le piloter.

Les véhicules à moteurs ferroviaires sont composés des véhicules à moteur circulant sur les chemins de fer ainsi que les tramways circulant sur des voies qui leur sont dédiées.

- **Maladie redoutée**

Un capital est octroyé en cas de diagnostic d'une maladie redoutée confirmée d'une part par un certificat médical établi par un professionnel médical choisi par l'adhérent, et d'autre part par le médecin conseil de la Mutuelle. La date du diagnostic définitif de la maladie doit être postérieure à la fin du délai de stage.

Aucune prestation ne sera versée si la maladie redoutée a été diagnostiquée antérieurement à la date d'effet de l'adhésion, ou si les premiers symptômes ont eu lieu avant la date d'adhésion, quel qu'en soit le stade ou la gravité.

Ainsi, la prestation ne sera pas due si le diagnostic d'une maladie redoutée prévue par la garantie résulte de consultations médicales ou d'examens qui étaient en cours à la date d'adhésion au présent Règlement Mutualiste.

Les maladies ouvrant droit aux prestations de la couverture Prévoir Maladies Redoutées sont :

1. Le Cancer

Maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive, pour former une masse constitutive d'une tumeur maligne. Seules les tumeurs malignes à partir du stade II de la classification de TNM ou de FIGO ouvrent droit à la garantie Maladies Redoutées, y compris les mélanomes. Les leucémies et les lymphomes Hodgkiniens ou non Hodgkiniens de stade III et IV sont également pris en charge au titre de la garantie Maladie Redoutées.

2. L'Infarctus et les Coronaropathies

Un infarctus du myocarde est défini par la destruction partielle du muscle cardiaque, due à l'obstruction d'une artère qui alimente le cœur. Une coronaropathie est une affection d'une ou de plusieurs des artères qui alimentent le cœur. La garantie Maladies Redoutées ne sera due qu'en cas d'altération de la fonction du ventricule gauche évaluée par une Fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure ou égale à 40%.

3. L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) avec lésions permanentes

Obstruction (AVC thrombotique), ou rupture (AVC hémorragique) d'un vaisseau sanguin dans le cerveau. La garantie Maladies Redoutées ne sera due qu'en cas de séquelles neurologiques persistantes au-delà de 15 jours.

4. La Transplantation d'un organe vital

La garantie Maladies Redoutées ne sera due qu'en cas de transplantation d'un rein, du cœur, du foie, des poumons, ou de moelle osseuse par hétéogreffe (c'est-à-dire prélevée chez un tiers). Seul l'adhérent receveur du don d'organe pourra bénéficier de la garantie. **L'adhérent donneur d'organe ne sera pas couvert par la garantie.**

5. La Sclérose en plaques

Maladie auto-immune qui affecte le système nerveux central. La garantie Maladies Redoutées ne sera due qu'en cas de Sclérose en plaques avec un score EDSS (Expanded Disability Status Scale) supérieur ou égal à 5.

6. L'Insuffisance rénale chronique terminale

Diminution de la fonction des reins suite à leur destruction. La garantie Maladies Redoutées ne sera due qu'en cas de Débit de Filtration Glomérulaire inférieur à 15ml/mn/1,73m².

7. La Maladie de Parkinson

Maladie neurodégénérative caractérisée par la destruction des neurones à dopamine du cerveau. Sont couverts au titre de la garantie Maladies Redoutées la Maladie de Parkinson avec Syndromes Parkinsoniens tels que la raideur, la lenteur du mouvement et le tremblement au repos.

8. La Maladie d'Alzheimer

Dégénérescence des neurones caractérisée notamment par des troubles de la mémoire récente, des fonctions exécutives et de l'orientation dans le temps et l'espace. Sont couverts au titre de la garantie Maladies Redoutées la Maladie d'Alzheimer ainsi que les syndromes démentiels irréversibles, avec un mini-mental state inférieur ou égal à 20. La démence est un ensemble de symptômes comprenant une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes.

Aucune autre pathologie ne donnera droit aux versements desdites prestations. Le versement d'un capital met fin à l'adhésion. Ainsi, aucun capital ne sera versé si une Maladie Redoutée est de nouveau diagnostiquée à l'adhérent, peu importe qu'il s'agisse ou non d'une pathologie différente. Il en est de même si le deuxième diagnostic est concomitant au premier.

Lorsque la maladie redoutée est la cause du décès de l'adhérent, et que le diagnostic est concomitant ou postérieur au décès, le capital sera versé au notaire en charge de la succession. En tout état de cause, le capital pour maladie redoutée n'est pas un capital décès. De ce fait, la prestation ne bénéficie pas d'avantage fiscal particulier, et ne peut pas faire l'objet d'une désignation de bénéficiaire. Le capital sera réparti entre les héritiers de l'adhérent par le notaire en charge de la succession.

• Incapacité physique permanente d'origine accidentelle

En cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle et supérieure à 10%, résultant d'un accident toutes causes ou d'un accident de la circulation tel que défini ci-dessus, la Mutuelle verse le capital déterminé proportionnellement au taux d'infirmité fixé par le Médecin conseil de la Mutuelle, conformément au tableau de garantie. Par Incapacité Physique Permanente, il faut entendre une diminution définitive du potentiel physique du bénéficiaire, dont l'état de santé est consolidé.

En tout état de cause, la preuve du lien de causalité entre l'accident et la prestation indemnisable au titre du présent règlement mutualiste incombe à l'adhérent.

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.

Concernant les garanties incapacité et invalidité, le versement par la Mutuelle des prestations est conditionné au versement de prestations par le régime obligatoire français, y compris lorsque le fait générateur s'est déroulé en dehors du territoire français.

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

ARTICLE 20 : RISQUES EXCLUS

Article 20-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste :

- Les conséquences directes ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeutes ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ;

- Les conséquences de rixe, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;

- Les conséquences de la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ;

- Les conséquences de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide volontaire de l'adhérent par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale ;

- Les accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent, et ceux qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation ;

Concernant les garanties décès et PTIA, est exclu, le suicide au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion de la garantie, ou l'augmentation de la garantie.

En cas d'augmentation de la garantie, seule la part de la prestation correspondant à l'augmentation est concernée par la présente exclusion. Concernant les garanties à caractère accidentel, le suicide est toujours exclu.

Article 20-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines garanties

Concernant les garanties Prévoyance Accidents/Prévoir Accidents/Galaxie et Prévoyance Hospitalisation/Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit prévoyant des prestations en cas d'hospitalisation, sont exclus, en sus, des exclusions prévues à l'article 20-1 :

- Les séjours dans les établissements et services très spécialisés suivants : les maisons de repos, de convalescence, établissements et services de rééducation fonctionnelle et motrice [Soins de Suite et de Réadaptation (SRR), devenus Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF), Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPR), etc] sauf suite à un accident ayant nécessité une intervention chirurgicale et dans l'éventuelle limite de prise en charge prévue par les tableaux de garantie ;

- Les établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres de thalassothérapie, établissements et services de gériatrie, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, services cliniques ou

hôpitaux psychiatriques, centres médicaux et/ou psychopédagogiques, séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants ;

- Les cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil ;
- Les traitements esthétiques de rajeunissement, non prescrits médicalement et leurs suites ;
- Les accidents dus à l'usage de substances illicites ou de médicaments non prescrits ;
- Les accidents dus à l'état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool supérieure au taux défini dans le code de la route en vigueur au jour du sinistre ;
- Les risques résultants de la participation à titre professionnel ou à titre amateur à des courses, compétitions ou essais préparatoires comportant l'utilisation d'un véhicule ou d'une embarcation à moteur, à l'exclusion des vélos et trottinettes électriques, ainsi que toutes tentatives de records ;
- Les risques résultants d'accidents de navigation ou conduite par un pilote ne possédant pas de brevet ou licence en cours de validité pour l'appareil utilisé.

Concernant les garanties Prévoyance Accidents/Prévoir Accidents/Galaxie et Prévoyance Hospitalisation/Prévoir Hospitalisation/Mut'Hospit et Prévoir Salariés prévoyant des prestations en cas d'accident, sont exclus, en sus, des exclusions prévues à l'article 20-1 :

- Les accidents dus à l'usage de substances illicites ou de médicaments non prescrits ;
- Les accidents dus à l'état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool supérieure au taux défini dans le code de la route en vigueur au jour du sinistre.

Concernant les garanties Prévoir Salariés et Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité prévoyant des prestations en cas d'arrêt de travail, sont exclus, en sus, des exclusions prévues par l'article 20-1 :

- Les lombalgies, dorsalgies et cervicalgies seront prises en charge à raison d'un crédit de 90 jours maximum (sur une période de 365 jours), sauf celles d'origine tumorale qui entreront dans le champ classique des prestations prévues au contrat. Pour reconstituer ce crédit d'indemnisation, une reprise effective des activités professionnelles de 365 jours est exigée ;
- Les troubles neuropsychiatriques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses et états dépressifs seront pris en charge à raison d'un crédit de 90 jours maximum (sur une période de 365 jours). Pour reconstituer ce crédit d'indemnisation, une reprise effective des activités professionnelles de 365 jours est exigée.

Concernant la garantie Prévoir Maladies Redoutées, sont exclus :

- Concernant le Cancer :
 - > Les cancers de la peau spinocellulaires et basocellulaires ;
 - > La leucémie lymphoïde chronique, et les autres syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques.
- Concernant l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) avec lésions permanentes :

> Les Accidents Ischémiques Transitoires (AIT) ;

> Les lésions cérébrales ou des vaisseaux sanguins d'origine traumatique ;

> Les hémorragies secondaires dues à une lésion cérébrale préexistante, connue à la souscription du contrat ;

> L'anomalie cérébrale clinique ou bien objectivée sur le scanner sans relation clinique patente et objective avec les symptômes et les signes neurologiques.

- Concernant la Maladie de Parkinson : les Syndromes Parkinsoniens dits « iatrogènes » (consécutifs à l'administration de médicaments).

- Concernant la Maladie d'Alzheimer : les syndromes démentiels de cause toxique.

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.

Il est rappelé que lorsque la garantie comporte une prestation invalidité/incapacité permanente, le bénéfice de cette dernière n'est ouvert que jusqu'à la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent et au plus tard jusqu'à ses 62 ans.

La Mutuelle invite l'adhérent à être vigilant lorsqu'il remplit les critères de cessation du versement des prestations pour l'ensemble des garanties prévues par la garantie souscrite, afin d'en informer la Mutuelle.

Concernant la garantie Prévoyance Accidents/Prévoir Accidents/Galaxie, en sus des conditions énoncées précédemment, l'adhésion cessera lorsque l'adhérent a atteint l'âge de 100 ans.

Le cas échéant, la cessation de l'adhésion prend effet le 31 décembre de l'année où l'adhérent a atteint 99 ans.

Concernant les garanties Prévoir Salariés et Prévoir Solidarité/Mut'Solidarité, en sus des conditions énoncées précédemment, l'adhésion cessera :

- > En cas de cessation d'activité salariale de l'adhérent ;
- > En cas de liquidation de la pension vieillesse par le régime obligatoire de base de l'adhérent et, au plus tard, lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Concernant la garantie Prévoir Maladies Redoutées, en sus des conditions énoncées précédemment l'adhésion cessera en cas de versement d'un capital pour Maladie Redoutée. L'adhérent ne pourra pas adhérer de nouveau à cette garantie. L'adhésion cesse également lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans.

Le cas échéant, la cessation de l'adhésion prend effet le 31 décembre de l'année où l'adhérent a atteint 69 ans.

Concernant la garantie Prévoir Décès, en sus des conditions énoncées précédemment, l'adhésion cessera en cas de liquidation de la pension de retraite par le régime obligatoire de base de l'adhérent, et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite.

Concernant la garantie Prévoyance Obsèques/Prévoir Obsèques/Mutualité Obsèques, en sus des conditions énoncées précédemment, l'adhésion cessera lorsque l'adhérent a atteint l'âge de 100 ans.

Le cas échéant, la cessation de l'adhésion prend effet le 31 décembre de l'année où l'adhérent a atteint 99 ans.

Dans le cadre des garanties Prévoir Décès et Prévoyance Obsèques/Prévoir Obsèques/ Mutualité Obsèques, la cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice des prestations sans possibilité de rachat ni de réduction, ces garanties étant à fonds perdus.

TITRE 4. PRESTATIONS

ARTICLE 23 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est indiqué dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite. Le tableau de garantie de la garantie souscrite peut également prévoir des options. Elles ne sont opposables à la Mutuelle que si l'adhérent y a souscrit. Leur souscription est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

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

Lorsque la prestation est exprimée en pourcentage du salaire, le salaire de référence est le salaire net à payer, 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.

Le salaire net à payer s'entend comme le montant que le salarié touche à la fin du mois avant de payer l'impôt sur le revenu.

ARTICLE 24 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite, 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 diligents 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. Par exception, le règlement des capitaux décès s'effectue par chèque bancaire.

En cas d'augmentation rétroactive du salaire à la suite d'un contentieux avec l'employeur, le montant de la prestation versée et éventuellement le montant des cotisations payées pourront être réévalués, dans la limite du délai de prescription rappelé aux dispositions de l'article « Prescription » du présent règlement.

• Incapacité, invalidité, hospitalisation

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », les prestations portant sur l'indemnisation d'une incapacité, d'une invalidité ou d'une hospitalisation sont payables mensuellement à terme échu.

En cas de rechute, le versement de la prestation se poursuit, sans faire démarrer des nouveaux délais de carence le cas échéant. De plus, le calcul de la durée totale de l'indemnisation reprend à compter du 1er jour indemnisé dans le cadre du premier arrêt de travail.

Est qualifié de rechute par la Mutuelle :

- Deux arrêts de travail ayant la même cause ;
- et lorsque l'intervalle entre les deux arrêts est inférieur à deux mois.

La rechute doit être reconnue par le régime obligatoire de l'adhérent.

Les prestations versées par la Mutuelle peuvent être révisées en cas d'évolution de l'état de santé de l'adhérent.

• Diagnostic d'une maladie redoutée

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », le capital Maladie Redoutée est versé en une fois à l'adhérent. En cas de décès de l'adhérent, avant le versement de la prestation due, le capital sera versé au notaire en charge de la succession.

• Frais d'obsèques

Concernant les frais d'obsèques, le capital sera versé à la ou les personne(s) ayant payé les frais d'obsèques, et présentant l'acte de décès et les factures prouvant qu'elles ont été acquittées par elle(s).

Le reliquat éventuel sera versé, jusqu'à due concurrence du montant du capital, conformément au paragraphe « Décès » au sein de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

En cas de décès, les frais d'obsèques seront revalorisés dans les conditions prévues à l'article L.223-19-1 du Code de la mutualité, jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à leur paiement, et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations, en application de l'article L.223-25-4 du Code de la mutualité. Cette revalorisation est nette de frais et appliquée pour chaque année civile selon les modalités ci-dessous prévues pour la garantie « Capital décès ».

• Capital décès

En cas de décès, la Mutuelle verse le capital au(x) bénéficiaire(s) conformément au paragraphe « Décès » au sein de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

En cas de décès, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.223-19-1 du Code de la mutualité est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.223-25-4 du Code de la mutualité. À compter de la date du décès et jusqu'à la date de réception par la Mutuelle des pièces justificatives, il sera accordé pour chaque année civile, une revalorisation nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- > soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- > soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Les revalorisations prévues pour les capitaux décès sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non renouvellement du contrat.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, si elle est prévue par la couverture, le capital décès peut être versé par anticipation, et met fin à la garantie décès.

• **Crédits d'indemnisation**

Les garanties Prévoyance Accidents/Prévoir Accidents/Galaxie, Prévoir Salariés, Prévoir Solidarité/ Mut/Solidarité et Prévoyance Hospitalisation/Prévoir Hospitalisation/Mut/Hospit prévoient des crédits d'indemnisation. Le crédit d'indemnisation étant la durée maximale d'indemnisation. La durée et les règles encadrant le renouvellement des crédits d'indemnisation sont indiquées sur le tableau de garantie de la garantie souscrite.

ARTICLE 25 : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les prestations en cas d'incapacité et d'invalidité sont des prestations indemnitaires. Ainsi, lorsque le tableau de garanties indique une indemnisation au titre de l'Incapacité ou l'Invalidité, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations brutes ou nettes (selon la base retenue pour le calcul de la garantie concernée) versées par l'employeur, par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu supérieur pour l'adhérent, en arrêt de travail, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. Ainsi, le cas échéant la prestation pourra être minorée à hauteur du revenu que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. En tout état de cause, la prestation est limitée au salaire net à payer de l'adhérent.

Pour les adhérents relevant du Régime Obligatoire Alsace Moselle, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations versées par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu supérieur pour l'adhérent, en arrêt de travail, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. Il appartient à l'employeur de procéder à une minoration de la rémunération versée le cas échéant conformément à l'article L. 1226-23 du Code du travail.

ARTICLE 26 : PIÈCES À FOURNIR

Article 26- 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,
- > Un bulletin d'adhésion,
- > Et toutes autres pièces nécessaires.

De même, il pourra être demandé toute pièce pouvant justifier de la qualité d'ayant droit lors de son affiliation tel que le certificat de mariage, la convention de PACS, l'attestation de sécurité sociale. À défaut de la remise de l'intégralité des pièces nécessaires, l'adhésion ne peut prendre effet.

Article 26 -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.

• **Incapacité (si garantie ou option souscrite)**

En cas d'incapacité, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- L'avis d'arrêt de travail initial et les éventuels arrêts de prolongation délivrés par un médecin ;
- Les photocopies des décomptes du régime obligatoire ;
- Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraînée l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- Les douze bulletins de salaire qui précèdent la date de l'arrêt ;

- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

• **Incapacité physique permanente (si garantie ou option souscrite)**

En cas d'incapacité, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'incapacité physique permanente, le taux d'incapacité physique permanente, la cause, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel. Le taux d'incapacité physique permanente est fixé par le Médecin conseil de la Mutuelle ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

• **Hospitalisation (si garantie ou option souscrite)**

En cas d'hospitalisation, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle, le bulletin d'hospitalisation faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie, et, le cas échéant, la facture acquittée du forfait journalier, ainsi que toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

En cas de convalescence nécessitant des soins, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle, le certificat médical faisant apparaître :

- La nature des soins effectués ;
- La durée desdits soins ;
- Le cas échéant, en cas de soins de suite et de réadaptation, l'accord préalable de la Sécurité sociale.

Sera également demandé :

- L'original, ou la version dématérialisée, du décompte du régime obligatoire ;
- Le cas échéant, un justificatif d'accueil de l'établissement de santé, ainsi que toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaire au règlement de la prestation.

• **Diagnostic d'une Maladie redoutée (si garantie souscrite)**

En cas de diagnostic d'une Maladie Redoutée, l'adhérent s'engage à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle, un certificat médical indiquant le diagnostic, ainsi que toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaires au règlement de la prestation.

• **Accident (si garantie ou option souscrite)**

En cas de garantie nécessitant la réalisation d'un accident, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- Une déclaration écrite précisant ses circonstances, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- Un certificat médical précisant la cause accidentelle ;
- Un bulletin d'hospitalisation précisant la date d'entrée et de sortie ;
- Les photocopies des décomptes du régime obligatoire ;
- Les photocopies des bulletins de salaire des 12 derniers mois ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

• **Invalidité (si garantie ou option souscrite)**

En cas d'invalidité, ou de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- La notification d'attribution de la rente d'incapacité ou de la pension d'invalidité délivrée par le régime obligatoire, ils seront restitués après traitement du dossier ;
- Un rapport médical circonstancié précisant la nature de l'affection ayant entraîné l'état d'invalidité, et la date de survenance de l'affection en cause, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;

- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

- **Perte totale et irréversible d'autonomie (si garantie ou option souscrite)**

Si la garantie souscrite le prévoit, l'adhérent se trouvant dans cette situation et désirant bénéficier à ce titre du versement anticipé du capital décès pour cause de Perte Totale et Irréversible d'autonomie devra remplir, ou faire remplir, et adresser à la Mutuelle un formulaire type de demande de capital et fournir les pièces justificatives.

- **Décès (si garantie ou option souscrite)**

En cas de décès de l'adhérent, les justificatifs suivants seront nécessaires afin de verser les prestations :

- L'acte de décès ;
- Un certificat médical précisant les causes du décès (nature accidentelle ou non) à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires ;
- Le procès-verbal établi à la suite du décès de l'adhérent (s'il existe), sa fourniture étant une condition de versement de la prestation ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

La Mutuelle s'engage à demander les pièces justificatives dans un délai de 15 jours à compter de la réception de l'acte de décès.

- **Garantie obsèques (si garantie ou option souscrite)**

En cas de décès de l'adhérent, les justificatifs suivants seront nécessaires, afin de verser la garantie obsèques :

- La facture acquittée nominative au nom de la ou les personne(s) ayant réglé les frais d'obsèques, ;
- L'acte de décès de l'adhérent,
- Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires,
- Toutes autres pièces que la Mutuelle jugerait nécessaires au règlement de la prestation.

Article 26-3 : 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 27 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Il appartient à l'adhérent d'informer la Mutuelle qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessous portant sur la cessation des garanties.

Le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail cesse :

- À la reprise d'activité de l'adhérent,
- À la fin de l'indemnisation par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- À la date d'effet d'un congé parental,
- À la liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base de l'adhérent,
- À la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent, et au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite,
- Au décès de l'adhérent.

Le versement des rentes relatives à la garantie invalidité, et de la garantie incapacité permanente cesse :

- À la reprise d'activité de l'adhérent,
- À la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent, et au plus tard lorsque l'adhérent a atteint
- 62 ans,
- Au décès de l'adhérent.

En tout état de cause, le versement de l'ensemble des prestations cesse :

- En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article « Défaut de paiement » ;
- En cas de dénonciation de l'adhésion conformément à l'article « Résiliation ».

Des conditions supplémentaires quant à la durée maximum de l'indemnisation peuvent être mentionnées dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite.

Concernant la garantie Prévoyance Accidents, la Mutuelle n'effectuera pas le versement de la prestation Incapacité Physique Permanente si le dommage se réalise après les 64 ans de l'adhérent. La Mutuelle n'effectuera pas le versement des autres garanties si le dommage se réalise après le 100^{ème} anniversaire de l'adhérent. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent ou de son ayant droit.

Concernant la garantie Prévoir Accidents/Galaxie, la Mutuelle n'effectuera pas le versement de la prestation Incapacité Physique Permanente si le dommage se réalise après les 65 ans de l'adhérent. La Mutuelle n'effectuera pas le versement des autres garanties si le dommage se réalise après le 100^{ème} anniversaire de l'adhérent. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent ou de son ayant droit. En tout état de cause, la prestation Incapacité Physique Permanente n'est due qu'une seule fois. Le versement de cette prestation ne fait pas cesser les garanties en cas de décès et d'hospitalisation.

Concernant la garantie Prévoir Maladies Redoutées, la Mutuelle n'effectuera pas le versement du capital si le dommage se réalise après le 70^{ème} anniversaire de l'adhérent. Le capital en cas de diagnostic d'une Maladie Redoutée n'est dû qu'une seule fois. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent.

Concernant la garantie Prévoir Décès, la Mutuelle n'effectuera pas le versement du capital si le dommage se réalise après l'âge légal de départ à la retraite.

Concernant la garantie Prévoyance Obsèques/Prévoir Obsèques/Mutualité Obsèques, la Mutuelle n'effectuera pas le versement de la prestation si le dommage se réalise après l'année au cours de laquelle l'adhérent aura atteint l'âge de 100 ans. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent ou de son ayant droit.

ARTICLE 28 : 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 29 : 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 de Grande Instance 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 LEGALES

ARTICLE 30 : 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 31 : 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 32 : FAUSSE DÉCLARATION

Article 32-1 : 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 32-2 : 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 33 : 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 34 : 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 un 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 35 : 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, 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 36 : 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 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 prescription légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation des 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 Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 37 : 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 38 : 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 L.561-1 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 L.561-2-2 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 39 : 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 40 : SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

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.

ARTICLE 41 : PARTICIPATION AUX EXCÉDENTS

Conformément à l'article L.223-25-5 du Code de la Mutualité, la Mutuelle détermine annuellement le montant de la participation aux bénéfices conformément à la réglementation en vigueur.

Cette participation, prévue uniquement dans le cadre des produits Prévoyance Obsèques/Prévoir Obsèques/Mutualité Obsèques et Prévoir Décès, correspond au moins à 90% des résultats techniques et 85% des résultats financiers, si ceux-ci sont positifs, déduction faite des intérêts techniques déjà attribués, calculés en fonction du taux technique inclus dans la tarification.

Le montant des participations aux excédents est affecté à la provision pour participation aux excédents. Cette dernière est incorporée aux provisions mathématiques ou versée aux participants au cours des 8 exercices suivants celui au titre duquel elles ont été portées à la provision pour participation aux excédents. Les modalités de répartition sont établies annuellement par le Conseil d'Administration de la Mutuelle. Ce contrat ne garantit aucun droit individuel à l'attribution d'une somme déterminée au titre de cette participation.

ANNEXES :

- Tableau des cotisations
- Tableau de garantie
- Barème pour le taux d'invalidité (Prévoyance Accidents/Prévoir Accidents/Galaxie)

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

