

Le présent règlement mutualiste est régi par le code de la mutualité ainsi que, plus généralement, par les dispositions législatives et réglementaires encadrant les activités de la mutuelle et notamment son Livre II.

Il a pour objet de définir les droits et obligations réciproques de la mutuelle et de ses membres participants et les conditions dans lesquelles la mutuelle met en œuvre des couvertures pour les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ainsi que pour les risques consistant à contracter des engagements dont l'exécution dépend de la vie humaine, risques pour lesquels la mutuelle est habilitée à fonctionner.

Une définition propre à chaque risque garanti figure en annexes au présent règlement.

RÈGLES GÉNÉRALES

Les règles générales édictées ci-après ont vocation à s'appliquer à l'ensemble des garanties de la mutuelle, sauf stipulations expresses contraires contenues dans les annexes du présent règlement mutualiste.

I - DÉFINITION DES MEMBRES DE LA MUTUELLE

La mutuelle est composée de membres participants, de membres honoraires et d'ayants droit.

1. Les membres participants

Sont les personnes physiques qui, en contrepartie du versement d'une cotisation, bénéficient des prestations de la mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants droit. A ce titre, toute personne relevant du secteur privé ainsi que du secteur public peut notamment devenir membre participant de la mutuelle.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Les membres participants sont tenus d'informer la mutuelle que leurs ayants droit de plus de seize ans peuvent percevoir à titre individuel les prestations de la mutuelle.

2. Les membres honoraires

Sont, conformément à l'article 121-1 des statuts :

- soit les personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons à la mutuelle ou lui ont rendu des services équivalents sans bénéficier des prestations offertes par la mutuelle. L'admission de ces membres honoraires est décidée par le conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations,
- soit les personnes morales souscriptrices d'un contrat collectif auprès de la mutuelle,
- soit les représentants des salariés des personnes morales souscriptrices de contrats collectifs, selon les modalités

précisées dans la Section 1 du Chapitre I du Titre II des statuts de la mutuelle.

3. Les ayants droit

Les ayants droit n'ont pas la qualité de membre participant de la mutuelle.

Les différentes catégories d'ayants droit sont :

1°) le conjoint, concubin ou le partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS), sans condition d'âge ;

2°) les enfants du membre participant ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS), jusqu'à 18 ans sans condition ;

3°) les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé), sans limite d'âge ;

4°) les enfants du membre participant ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS), jusqu'à 28 ans à la condition :

- de poursuivre des cycles d'études,
- d'être sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation notamment),
- d'être jeunes sans ressource s'ils sont à la charge de leurs parents au sens du régime obligatoire,
- d'être demandeurs d'emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi, - lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité.

4. Les ayants droit d'ayants droit

Lorsqu'un ayant droit sollicite le rattachement d'un ayant droit le concernant (que ce soit un enfant, un conjoint, un concubin ou un partenaire lié par un PACS), il sera fait pour cet ayant droit demandeur une scission de l'adhésion, de façon à lui conférer la qualité de membre participant et celle d'ayant droit à la personne dont il sollicite le rattachement. S'il a moins de 16 ans au moment de sa demande, l'ayant droit auquel est ainsi conféré la qualité de membre participant sera représenté par son représentant légal jusqu'à sa majorité, ou jusqu'à ses 16 ans seulement s'il fait une demande expresse en ce sens.

En tout état de cause, la mutuelle se réserve le droit de demander les documents nécessaires justifiant de la qualité d'ayant droit.

II - ADHÉSIONS

1. Définition

L'adhésion à la mutuelle peut être effectuée à titre individuel ou à titre collectif :

Dans le cadre d'une opération individuelle, l'adhésion est souscrite par une personne physique sur la base d'un bulletin

d'adhésion. Elle peut se faire soit directement par la personne intéressée soit par l'intermédiaire d'une personne physique personnellement mandatée par un groupe de personnes en vue d'assurer à ce dernier une couverture contre un ou plusieurs risques pour lesquels la mutuelle est agréée.

Dans le cadre d'une opération collective, l'adhésion se fait, à titre facultatif ou obligatoire, par l'intermédiaire d'un employeur, d'une personne morale ou de son représentant.

Dans le cadre d'une opération collective facultative, des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale vont adhérer à la mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques pour lesquels la mutuelle est agréée sur la base d'un bulletin d'adhésion et d'un contrat collectif signé par l'employeur ou la personne morale.

Dans le cadre d'une opération collective obligatoire, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux vont être tenus, sur la base d'un contrat souscrit par un employeur et d'un bulletin d'adhésion et/ou listing, de s'affilier à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques pour lesquels la mutuelle est agréée soit en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, soit des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, soit de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

Le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif comporte notamment les mentions suivantes :

- la date d'effet de l'adhésion ;
- la définition de la ou des catégories de personnel visée(s) ;
- la désignation des ayants droit du personnel ou du membre participant ;
- la désignation du/des bénéficiaire(s) du capital souscrit par le membre participant ;
- la nature et le montant des garanties ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- le montant de la cotisation ;
- les délais de paiement de la cotisation.

2. Modalités

A - Information de la mutuelle

Durant son adhésion, l'employeur, la personne morale, le membre participant ou leur représentant s'engagent à répondre aux questions de la mutuelle relatives notamment :

- concernant la personne morale : à la nature de ses activités, au groupe qu'elle envisage de garantir, à son importance, à ses caractéristiques socio-démographiques, à la nature des garanties qu'elle envisage de souscrire, au caractère individuel ou collectif, obligatoire ou facultatif, des garanties ;
- concernant le membre participant : à sa situation familiale et professionnelle, à la nature de la garantie choisie, à/aux ayant(s) droit qu'il désigne comme bénéficiaires des prestations de la mutuelle.

Par ailleurs, dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCB-FT), résultant notamment des dispositions de l'ordonnance n° 2009-104 du 31/01/2009 (qui a transposé dans le Code monétaire et financier la 3^{ème} Directive européenne en la matière), la mutuelle est contrainte, au même titre que les banques et les entreprises d'assurance notamment, de mettre en place un dispositif de vigilance, plus ou moins strict selon les profils et/ou niveaux d'engagements et, dans ce cadre, de solliciter toutes les informations nécessaires au respect de ce dispositif, que ce soit lors de l'adhésion ou pendant le cours de l'adhésion.

Les informations sollicitées permettent à la mutuelle l'identification précise des membres participants, ayants droit et bénéficiaires, de leur situation professionnelle, ainsi que la nature de l'opération souscrite.

B - Information du membre participant

Dans le cadre des opérations individuelles, la mutuelle s'engage à remettre au membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts, les règles

générales du présent règlement mutualiste et l'annexe de chacune des garanties souscrites qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

Conformément à la loi, le membre participant dispose d'un délai de réflexion avant d'adhérer définitivement à la mutuelle.

Dans le cadre des opérations collectives, le présent règlement mutualiste ou une notice d'information est remis par la mutuelle à la personne morale, l'employeur ou son représentant qui s'engage à le remettre en même temps que les statuts à chaque membre participant.

La notice d'information qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque est établie par la mutuelle.

L'acte d'adhésion emporte acceptation des statuts de la mutuelle, du règlement mutualiste et des droits et obligations réciproques des parties au contrat collectif.

3. Prise d'effet

A - Adhésion à titre individuel

L'adhésion prend effet :

- le 1^{er} jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est signé dans les quinze premiers jours dudit mois ;
- le 1^{er} jour du mois suivant si le bulletin d'adhésion est signé postérieurement au quinze du mois.

- en ce qui concerne les garanties complémentaires santé de l'Annexe XXVI « Garantie Remboursement de Frais de soins de santé – PACK AFFINITE et COMPETITIVE » et de l'Annexe XXX « Garantie Remboursement de frais de soins santé – Responsable » ainsi que les garanties « Allocation Hospitalière Facultative », « Décès – P.T.I.A. Individuelle » et « Décès – P.T.I.A. Famille », souscrites simultanément de manière additionnelle : à la date de la demande d'adhésion ou à toute autre date telle qu'indiquée par le membre participant sur son bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet ne peut pas être rétroactive à la demande d'adhésion. Nonobstant les alinéas précédents, l'adhésion peut - sur la demande du futur membre participant - prendre effet à une date postérieure, étant toutefois précisé que la date d'effet ne pourra dans ce cas correspondre qu'au premier jour d'un mois civil.

La date d'échéance du contrat est le 31 décembre de l'année civile.

Ainsi, en cas d'adhésion prenant effet à une date autre que celles du 1^{er} janvier de l'année civile, l'adhésion est conclue pour une première période, inférieure à une année, courant de la date d'effet de l'adhésion jusqu'à la date d'échéance prévue au contrat. Elle se reconduit ensuite tacitement, chaque année, pour une période d'un an, sauf dénonciation notifiée par le membre participant dans les formes et conditions définies au chapitre VI-A du présent règlement.

B - Adhésion à titre collectif

L'adhésion des membres participants prend effet, une fois le contrat collectif signé par les parties, à la date qui y est mentionnée.

La durée de l'engagement est librement déterminée par les parties. Les modalités d'entrée et de sortie des salariés de l'entreprise sont notamment définies par le contrat ainsi que les modalités de mise en vigueur des garanties.

Le renouvellement du contrat s'effectue par tacite reconduction à la date d'échéance du contrat.

Dans les deux cas, l'adhésion est effective après le règlement de la première cotisation et confirmation de la mutuelle.

C - Délais d'attente

Le droit aux prestations prend effet soit immédiatement après l'adhésion soit à l'issue d'un délai d'attente déterminé (période qui suit l'adhésion ou l'extension d'une garantie pendant laquelle les soins pratiqués ne pourront être remboursés).

Les délais d'attente sont fonction de l'âge du membre participant et/ou de l'ayant droit désigné, de la nature de la garantie choisie.

La mutuelle dispense dans certains cas de l'application d'un délai d'attente, notamment selon les tranches d'âge et types d'adhésion.

L'état des prestations de la mutuelle ainsi que les délais d'attente par garantie figurent en annexes au présent règlement. Ils sont définis en fonction des conditions particulières de chaque garantie.

D - Droit d'adhésion.

Conformément à l'article 241-1 des statuts, la mutuelle peut demander le règlement d'un droit d'adhésion.

4. Modifications en cours d'adhésion

A - Modification de la situation du membre participant et/ou de ses ayants droit

La mutuelle doit être informée de toute modification survenant au cours de l'adhésion qui devra être accompagnée des pièces justificatives nécessaires afin d'être prise en compte.

Ces changements peuvent notamment être liés :

- à l'identification des ayants droit, des bénéficiaires ;
- au passage de l'état d'actif à l'état de préretraité, de retraité, de chômage ou d'inactivité ;
- à la démission, au licenciement d'un membre participant ;
- au passage du conjoint ou de l'ayant droit à la qualité d'adhérent ;
- à l'âge, à la composition familiale (mariage, divorce, naissance, adoption,...) ou au décès ;
- à une modification administrative (identification/adresse/numéro d'immatriculation au régime obligatoire...);
- à une modification de la garantie choisie ;
- à une modification du régime obligatoire ;
- au décès du membre participant ou d'un ayant droit ... sans que cette liste soit exhaustive.

Lors des changements de situation de famille ou en cas de modifications administratives, les pièces justificatives seront fournies directement par le membre participant ou, subsidiairement par la personne morale souscriptrice du contrat collectif ou son représentant, dans la mesure où il en aura connaissance.

Le membre participant doit également informer la mutuelle des événements suivants :

- changement de profession concernant le membre participant ou ses ayants droit inscrits ;
- changement de domiciliation (adresse, coordonnées bancaires) ;
- changement de l'émetteur du règlement des cotisations.

Dans le respect de ses obligations en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, évoquées au paragraphe 2.A du présent règlement, la mutuelle sera amenée à demander toutes les informations nécessaires au respect de son dispositif de vigilance, dont notamment les informations précitées.

Lors de changements dans la situation professionnelle du membre participant, la personne morale souscriptrice du contrat collectif ou son représentant s'engage à en informer la mutuelle, notamment en cas de rupture du contrat de travail pour cause de démission ou licenciement, de passage au statut de préretraité ou retraité.

La mutuelle accorde en effet à tout salarié, au moment de son départ de l'entreprise (qu'il s'agisse de licenciés, démissionnaires ou retraités) ainsi qu'à ses ayants droit inscrits, la faculté, sur leur demande, de rester adhérent à titre personnel en leur assurant un maintien de niveau de couverture égal à celui dont ils bénéficiaient dans le cadre du contrat collectif souscrit par l'entreprise ou par l'employeur auquel le salarié était affilié.

Dans le cadre d'un contrat collectif, un état récapitulatif des personnes assurées sera produit annuellement par la personne morale souscriptrice du contrat ou son représentant. Les modifications prendront effet, dès réception des justificatifs nécessaires à la régularisation, au 1^{er} jour du mois suivant la demande du membre participant ou de ses ayants droit en cas de décès de celui-ci.

B - Modifications par la mutuelle des statuts et du règlement, des garanties

La mutuelle s'engage à porter à la connaissance du membre participant et du membre honoraire toute modification des statuts et du règlement décidée par l'assemblée générale.

Il en va de même concernant toute modification des garanties définies à l'adhésion.

Dans le cadre d'une opération collective, toute modification du contrat est constatée par un avenant signé des parties, à charge pour la personne morale souscriptrice ou son représentant d'en informer chaque membre participant.

C - Modifications par le membre participant de ses garanties

Lorsqu'au cours de l'adhésion, le membre participant veut - pour un motif réel et sérieux - modifier les garanties qu'il a souscrites auprès de la mutuelle, il doit l'en informer afin que cette dernière puisse procéder à la régularisation de la situation. Cette modification prendra effet le 1^{er} janvier suivant la demande.

Aucun délai d'attente ne sera appliqué en cas d'augmentation ou de diminution d'une garantie santé, à l'exception de la garantie «Remboursement au 1^{er} euro» qui comporte des délais d'attente incompressibles définis dans ses conditions générales.

Dans le cas où le membre participant souscripteur d'une des garanties «Décès Temporaire» est atteint par la limite d'âge figurant dans l'annexe desdites garanties et souhaite augmenter ses garanties en souscrivant une garantie Obsèques, l'adhésion s'effectuera dans le respect d'un délai d'attente qui s'appliquera sur le montant du capital supplémentaire souscrit.

III - COTISATIONS

1. Détermination du montant de la cotisation

Le montant ou taux de cotisation est déterminé par l'assemblée générale qui peut en déléguer le pouvoir au conseil d'administration en vertu de l'article 212-8 des statuts. Il est établi en tenant compte notamment :

- de l'affectation de la cotisation à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle, et des charges directes de la mutuelle (alimentation du fonds de garantie et du fonds de réserve, cotisations spéciales destinées à des organismes tels les Unions et les Fédérations, couverture des frais de gestion, taxes de toute nature selon la réglementation en vigueur ...);
- de la situation de famille (unique, isolé/famille), de la composition familiale ;
- de l'âge ;
- de la modification des régimes obligatoires ;
- de la résidence du membre participant.

2. Révision des cotisations

Dans le respect de l'article 212-8 des statuts, les révisions de cotisations sont décidées par l'assemblée générale, à moins qu'elle n'en délègue le pouvoir au conseil d'administration. Ces révisions sont notamment liées à l'évolution des dépenses de santé constatée par les régimes obligatoires, des équilibres par garantie et de l'équilibre global de la mutuelle.

Elles sont également revues en cas de modification de la législation des régimes obligatoires.

3. Appel de cotisations

L'appel de cotisations est effectué pour la première fois au moment de la confirmation de l'adhésion par la mutuelle.

L'appel se fait soit à titre individuel, soit à titre collectif.

L'appel peut être mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Il se fait sur la base d'un bordereau récapitulatif dans le cadre d'une opération collective avec précompte.

La cotisation versée par le membre participant ou par la personne morale est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle selon les modalités de fractionnement déterminées au moment de l'adhésion. Elle est effectuée de préférence par prélèvement sur un compte bancaire ou postal.

Les modalités de fractionnement de la cotisation sont identiques à celles qui ont été déterminées au moment de la souscription du contrat principal.

En ce qui concerne le prélèvement des cotisations, le membre participant autorise la mutuelle à prélever le montant correspondant aux cotisations dues au titre de sa couverture et celle de ses ayants droit, sauf demande expresse contraire de sa part. Le membre participant s'engage à retourner à la mutuelle, dûment rempli, le mandat de prélèvement SEPA qu'elle lui aura remis, accompagné d'un RIB mentionnant notamment l'identifiant international de son établissement financier (BIC) et l'identifiant international de son compte bancaire (IBAN).

En cas de changement de garantie au cours d'une période d'assurance, de changement de tranche d'âge, d'ajout d'ayants droit, de souscription par le membre participant d'une garantie additionnelle, ou de tout autre événement entraînant une modification du montant des cotisations dues par le membre participant, ce dernier autorise expressément la mutuelle à prélever, en tant que de besoin, le montant de la fraction de cotisation additionnelle correspondant aux nouvelles garanties ou garanties additionnelles souscrites. La mutuelle adressera l'échéancier modifié au membre participant préalablement à la réalisation du prélèvement.

Dans le cas où, du fait du membre participant, le prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation n'aurait pas pu être effectué pour le ou les mois pour lesquels elles étaient dues, et notamment en cas de non-approvisionnement du compte du membre participant ou en cas d'opposition injustifiée au prélèvement de la part du membre participant, ce dernier autorise expressément la mutuelle à prélever, le mois suivant, la ou les fraction(s) de cotisation demeurée(s) impayée(s), et la ou les fractions de cotisation venue(s) à échéance ainsi que, le cas échéant, les frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement. Préalablement, la mutuelle adressera dans les meilleurs délais un courrier informatif justifiant du montant de ce prélèvement au membre participant.

4. Recouvrement des cotisations

En matière de recouvrement des cotisations, plusieurs paramètres sont pris en compte : périodicité du recouvrement, moyens de paiement utilisés, termes de paiement retenus.

Dans une opération individuelle, le recouvrement sera effectué auprès du membre participant ou de son représentant.

Dans une opération collective avec précompte, le recouvrement sera effectué auprès de la personne morale, l'employeur ou son représentant ; dans une opération collective sans précompte, auprès du membre participant.

5. Retard de paiement et impayés

En vertu de l'article 241-1 des statuts, la mutuelle peut appliquer des majorations de retard en cas de défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance et ce, lorsque l'adhésion résulte d'un contrat collectif.

Ces majorations représentent 10 % du montant de la cotisation et peuvent être réclamées au moment du déclenchement de la procédure de mise en demeure. Ces majorations sont à la charge exclusive de l'employeur ou de la personne morale.

Dans le cadre des opérations individuelles, une pénalité forfaitaire de 50 euros peut être appliquée au membre participant au moment du déclenchement de la procédure de mise en demeure afin de couvrir les frais de poursuite et de recouvrement engagés par la mutuelle.

En tout état de cause, la mutuelle - conformément à ses objectifs sociaux ou de bonne gestion - peut être amenée à établir des plans ou calendriers de paiement des sommes restant dues.

Pour percevoir leurs prestations de la mutuelle, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. À défaut, les cotisations impayées seront réglées par priorité, par compensation avec les prestations dues à l'adhérent, conformément aux dispositions des articles 1289 et suivants du Code civil. De même, dans

le cas où il existerait entre l'adhérent et la mutuelle deux dettes de cotisations réciproques, il s'opérera une compensation légale, à concurrence de leur montant respectif.

IV - PRESTATIONS ET GARANTIES

1. Définition des Prestations et Garanties

La mutuelle réalise deux types d'opérations d'assurance : Non Vie et Vie.

L'assurance Non Vie consiste à contracter des engagements non liés à la durée de la vie humaine.

L'assurance Vie consiste à contracter des engagements liés à la durée de la vie humaine.

Les garanties qui découlent de ces opérations se définissent par rapport à la classification des branches d'activités telle que définies par le Code de la mutualité et répondent à l'objet de la mutuelle décrit à l'article 113 des statuts.

La mutuelle sert ainsi des prestations directement liées au remboursement de frais de santé mais également des prestations se présentant sous la forme de forfaits ou de capitaux.

Les annexes du présent règlement décrivent les modalités de mise en vigueur et de fonctionnement de chaque garantie assurée par la mutuelle.

2. Conditions d'attribution des prestations

Les prestations servies par la mutuelle varient suivant la nature et l'étendue des garanties souscrites. Elles sont délivrées sur production de documents justificatifs et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

V - DÉCHÉANCE

Les déclarations faites par le membre participant servent de base à la garantie.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, la garantie est nulle lorsque cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises, à titre de dommages intérêts, à la mutuelle qui peut poursuivre en recouvrement les prestations indûment perçues.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle, la mutuelle se réserve le droit soit de maintenir le contrat en vigueur en contrepartie d'une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant, soit de résilier le contrat 10 jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisations payées pour le temps où la garantie ne court plus.

VI - LA FIN DE L'ADHÉSION : DÉMISSION, SUSPENSION, RADIATION, EXCLUSION, RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

A - Modalités de mise en œuvre

1. La démission du membre participant

A - Les causes de démission

En vertu de l'article L.221-10 du Code de la mutualité, le membre participant ou la personne morale souscriptrice d'un contrat collectif peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance.

En vertu de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours

suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalité, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

- Uniquement dans le cadre d'une opération individuelle, en vertu de l'article L.221-17 du Code de la mutualité, la mutuelle comme le membre participant peut également mettre fin à l'adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions de l'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

à la condition que la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. Il appartient à celui qui met fin à l'adhésion d'en faire la preuve à l'appui de sa demande.

Est notamment visé dans cet article le décès d'un membre participant.

La fin de l'adhésion interviendra dans les trois mois suivant la date de l'événement ou de sa révélation.

Elle prendra effet le premier jour du mois suivant la date de notification. En cas de décès du membre participant seul bénéficiaire des prestations de la mutuelle, elle prendra effet le premier jour du mois suivant la date de l'événement.

- Uniquement dans le cadre d'opérations collectives facultatives, tout membre participant peut – en raison de modifications apportées aux droits et obligations des membres participants – dénoncer son affiliation par lettre recommandée adressée à la mutuelle dans un délai d'un mois à compter de la remise de l'avenant au contrat collectif ou de la notice établie par la mutuelle.

B - les effets de la démission au niveau des cotisations

La démission ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf :

- pour ce qui concerne les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, sous réserve que soient respectées les conditions d'exercice du droit à dénonciation définies au 2^e alinéa du paragraphe A supra ;
- dans les cas visés à l'article L.221-17 du Code de la mutualité aux termes duquel la mutuelle doit rembourser à l'adhérent ou, en cas de décès, à ses ayants droit ou à son représentant légal, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à partir de la date d'effet de la résiliation ;
- en cas de décès du membre participant.

2. La radiation pour défaut de paiement des cotisations

A - Dans le cas des opérations individuelles : article L.221-7 du Code de la mutualité

Toute cotisation est due dans les 10 jours de son échéance. A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans ce délai, la mutuelle adresse au membre participant une lettre de mise en demeure l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de ses garanties. La garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure. Au cas où la cotisation annuelle est fractionnée, la suspension de garantie produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

10 jours après la période de suspension, la mutuelle a le droit de résilier ses garanties, indépendamment du droit pour elle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice.

La garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir.

B - Dans le cas des opérations collectives : article L.221-8 du Code de la mutualité

- Lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de l'échéance, la lettre de mise en demeure est adressée par la mutuelle à l'employeur ou à la personne morale. La mutuelle l'informe dans ce courrier des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

Le membre participant est également informé par la mutuelle qu'à l'expiration du délai de 30 jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale souscriptrice, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours précité.

Le contrat non résilié reprend ses effets pour l'avenir.

- Lorsque l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe. La mutuelle lui signifiera par un courrier de mise en demeure qui doit intervenir 10 jours après la date à laquelle la cotisation doit être payée.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure.

Dans le cas où un employeur ou une personne morale ne paie pas sa part de cotisation, la procédure applicable en cas de précompte s'applique. La mutuelle informe dans ce cas chaque membre participant de la mise en œuvre de la procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure et rembourse, le cas échéant, au membre participant, la part de cotisation correspondant à la période où le risque n'est plus couvert.

3. L'exclusion

L'exclusion est une sanction disciplinaire exceptionnelle. Elle est prononcée dans les cas visés à l'article 122-3 des statuts sur décision du conseil d'administration.

4. Faculté de résiliation des contrats collectifs obligatoires

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10 du code de la mutualité, la mutuelle peut résilier tous les ans les contrats collectifs obligatoires par l'envoi d'un courrier recommandé deux mois avant leur date d'échéance.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

B - Conséquences de la démission, radiation, exclusion

La démission, la radiation, l'exclusion entraînent la perte immédiate de la qualité d'adhérent, d'ayant droit ou de bénéficiaire de la mutuelle.

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

La mutuelle peut délivrer sur demande de l'intéressé un certificat de radiation qui fera mention du niveau de garanties ainsi que de la date de leur interruption. Dans certains cas, il peut être fait mention de la dernière date de situation «à jour du paiement des cotisations».

VII – TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de réclamation, le membre participant peut s'adresser à la mutuelle, par tout moyen de son choix : téléphone (0977 400 400), e-mail à l'adresse : contact@smatis.fr, visite en agence ou par courrier au Service réclamations : 6, rue du Piave – CS 90000 – 16920 Angoulême cedex 9 ou, le cas échéant, à l'intermédiaire d'assurance auprès duquel il a souscrit son adhésion auprès de la mutuelle, ou au gestionnaire désigné de son contrat.

La mutuelle prend en compte les réclamations dans un délai de 24 heures ouvrées.

Elle s'engage sur un délai de 10 jours ouvrables, à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. En tout état de cause, la mutuelle s'engage sur un délai de 2 mois maximum, courant à compter de la date de réception de la réclamation, pour répondre à ladite réclamation, étant précisé que le délai de réponse de deux mois qui doit être apporté par la mutuelle, l'intermédiaire d'assurance ou le gestionnaire

désigné de son contrat, concerne la réponse définitive au membre participant, exprimant, au final, sa position sur le litige.

Les modalités relatives au système de réclamations ainsi que les voies de recours possibles en cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation sont disponibles sur l'espace personnel du membre participant auquel il a accès sur le site www.smatis.fr moyennant les code et mot de passe qui lui auront été communiqués avec sa confirmation d'adhésion et qui lui permet de suivre en direct le traitement de sa réclamation.

En cas de rejet ou de refus de la mutuelle, de l'intermédiaire d'assurance ou du gestionnaire désigné, de faire droit, en totalité ou partiellement à la réclamation du membre participant, ou en cas d'incapacité pour la mutuelle, de l'intermédiaire d'assurance ou du gestionnaire désigné de fournir une réponse au membre participant selon les modalités dont il a été informé, le membre participant peut saisir, en l'absence de saisine des tribunaux, le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse postale suivante :

Monsieur le Médiateur
FNMF

255, rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

ou par E-mail à l'adresse : mediation@mutualite.fr
ou via le site internet <http://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/>

La médiation est organisée conformément aux Statuts de la FNMF et au Règlement de la Médiation fédérale mutualiste, disponible sur le site www.mutualite.fr

En cas de réclamation relative à une garantie portée en inclusion des contrats de la mutuelle, le membre participant pourra saisir l'assureur désigné dans la notice d'information et recourir au médiateur qui y est mentionné.

Les présentes dispositions relatives à la fin de l'adhésion ne s'appliquent pas, conformément à l'article L.223-27 du Code de la mutualité, aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui font l'objet de dispositions particulières décrites en annexes.

Sont inapplicables à ce type de garantie :

- Les articles L.221-7 et L.221-8 du Code de la mutualité relatifs à la suspension ou résiliation pour non paiement sauf si la valeur de rachat est insuffisante (L.223-19 du Code de la mutualité) ;
- La résiliation simple (L.221-10 et L.221-10-1 du Code de la mutualité) ;
- Les dispositions relatives à la nullité des garanties en cas de réticence ou de fausse déclaration, d'omission ou de déclaration inexacte ;
- L'article L.221-17 du Code de la mutualité sur la modification du risque.

SOLIDARITÉ MUTUALISTE DE L'ASSOCIATION DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS ET SALARIÉS DE FRANCE sous le sigle SMATIS FRANCE

Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité
Immatriculée au Répertoire Sirène sous le N° SIREN 781166293

Siège Social : 6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 – ANGOULÊME CEDEX 9