

**REGLEMENT MUTUALISTE
GARANTIES SANTE INDIVIDUELLES
MUTEC-22**

**Règlement Mutualiste Garanties Santé Individuelles
approuvé par l'Assemblée Générale du 26 Juin 2019.**

Article Préliminaire : Extrait de l'avenant à la convention de substitution – conséquences du retrait d'agrément

« En application de l'article L.211-5 du code de la Mutualité, Harmonie Mutuelle, mutuelle du livre II du Code de la mutualité dont le siège social se situe au 143 rue Blomet 75015 Paris, se substitue intégralement à MUTEC-22 pour l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par cette dernière ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relativement aux risques apportés, tels que ces risques sont définis dans le règlement mutualiste de MUTEC-22. »

« Harmonie Mutuelle donne à MUTEC-22 sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels. »

Si l'agrément accordé à Harmonie Mutuelle lui est retiré, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au membre participant qui a acquitté la cotisation.

REGLEMENT MUTUALISTE GARANTIES SANTE

TITRE 1 – REGLES DE GESTION

Article 1^{er} – Objet du règlement

Le présent règlement, régi par le Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements existant entre chaque membre adhérent à MUTEK - 22 et la Mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations relatives aux remboursements de frais de soins de santé. Le présent règlement a été adopté par l'Assemblée Générale de MUTEK-22 du 26 juin 2002, modifié par l'Assemblée Générale du 8 juillet 2010, puis du 21 juin 2017.

Article 2 – Adhésion

2-1 Conditions d'adhésion

Le souscripteur doit pouvoir justifier qu'il bénéficie pour lui et ses ayants droit des prestations d'un régime d'assurance maladie obligatoire français (régime des salariés, des non-salariés, régimes particuliers...).

MUTEK - 22 s'interdit, lors de l'adhésion et tout au long de l'adhésion de demander à l'adhérent ainsi qu'à ses ayants droit, toute information d'ordre médical.

2-2 Modalités d'adhésion

Par la signature du bulletin d'adhésion, sur lequel sont indiquées les références de la garantie choisie par l'adhérent, celui-ci accepte les droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, ainsi que les dispositions des statuts de la mutuelle, dont un exemplaire lui est remis, préalablement à cette signature, avec le texte du règlement.

L'adhérent renseigne avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à MUTEK-22 une mise en œuvre précise de la garantie souscrite.

En faisant acte d'adhésion pour lui-même, le souscripteur devient membre participant de la mutuelle, s'il ne l'est déjà. Il bénéficie alors des prestations proposées par MUTEK 22 et en ouvre le droit à ses ayants droits (conjoint ou personne de la communauté de vie attestée, enfant de moins de 25 ans vivant sous le toit familial et à charge fiscalement, ascendant à charge) en versant régulièrement pour chacun d'eux les cotisations correspondant à la garantie choisie.

En faisant acte d'adhésion pour le compte de personnes dont il assure la tutelle, le souscripteur devient membre honoraire de la mutuelle. Il ouvre le droit aux prestations proposées par MUTEK-22 aux personnes, dont il assure la tutelle, désignées au bulletin d'adhésion, en versant régulièrement pour chacune d'elles les cotisations correspondant à la garantie choisie.

La garantie souscrite est la même pour toutes les personnes de la famille mentionnées au bulletin d'adhésion.

2-3 Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet au premier jour d'un mois et au plus tôt au premier jour du mois de la réception du bulletin d'adhésion dûment rempli et signé.

2-4 Informations en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à MUTEK-22, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance :

- Tout changement de domicile
- Toute modification dans la composition des membres de la famille, mentionnés lors de l'adhésion comme ayant droit
- Tout changement de situation familiale
- Tout changement de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires.

Article 3 – Cotisations

3-1 Définition et montant de la cotisation

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle, ainsi qu'aux frais de gestion s'y rapportant. Il règle une cotisation, pour lui et l'ensemble de ses ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion.

Toutefois, il n'est pas demandé de cotisation pour le 3^{ème} enfant à charge et au-delà, ainsi que pendant les 6 premiers mois civils qui suivent la naissance ou l'adoption d'un enfant, quel que soit son rang.

La cotisation est fixée chaque année en fonction de la garantie choisie, du nombre et de l'âge des personnes garanties et désignées sur le bulletin d'adhésion. Elle est déterminée au 1^{er} janvier de chaque année civile ; l'âge retenu est celui du 31 décembre de l'année précédente.

REGLEMENT MUTUALISTE GARANTIES SANTE

Elle évolue par ailleurs chaque année en fonction, d'une part, du résultat global constaté par MUTEC-22, par type de garantie et, d'autre part, en fonction de l'évolution au plan national des dépenses de santé.

3-2 Périodicité des cotisations

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné au mois, trimestre ou semestre. Un échéancier de cotisations est adressé à l'adhérent en début d'année. Il précise le montant des cotisations et la date d'échéance de chacune d'elles.

3-3 Mode de versement des cotisations

La cotisation est payable par prélèvement bancaire. Toutefois, en cas de paiement trimestriel, semestriel ou annuel, elle peut être réglée par chèque.

3-4 Conséquences du défaut de paiement de la cotisation

Si le montant de la cotisation n'est pas réglé dans les 10 jours de son échéance, la garantie est suspendue 30 jours après l'envoi par MUTEC-22 à l'adhérent d'une mise en demeure de payer les cotisations. Toute dépense médicale survenue pendant ladite suspension ne donnera donc pas lieu à indemnisation, sans régularisation du paiement des cotisations.

Sans autre envoi spécifique, MUTEC- 22 met fin à l'adhésion si l'adhérent ne règle pas ses cotisations 40 jours après l'envoi de la mise en demeure de payer. A compter de cette date, l'adhérent et ses ayants droit ne bénéficient plus d'aucune garantie.

MUTEC- 22 se réserve le droit de recouvrer le solde de la cotisation annuelle dû.

Par ailleurs, les frais de mise en demeure, de recouvrement contentieux des cotisations, sont à la charge de l'adhérent.

Toutefois, la garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à MUTEC-22 la cotisation arriérée ou la fraction de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure.

3-5 Paiement partiel de la cotisation

Le paiement partiel de la cotisation n'ouvre pas les droits à prestation.

Article 4– Prestations

4-1 Prestations garanties

Sont garanties les prestations dont la date de soins est postérieure à la prise d'effet de l'adhésion.

4-1.1 – Frais de soins de santé donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie

Sont pris en charge par MUTEC - 22, en fonction des garanties et limites précisées au descriptif de la garantie choisie, les frais de soins de santé ayant donné lieu à remboursement préalable par le régime obligatoire d'assurance maladie et survenus postérieurement à la date de prise d'effet de la garantie.

La date des soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire.

4-1.2 – Frais de soins de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie

Sont également couvertes les prestations prescrites médicalement ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire et indiquées de façon explicite au descriptif de la garantie choisie.

Pour ces prestations, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés par les professionnels de santé.

4-2 Contrats solidaires et responsables

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable.
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

REGLEMENT MUTUALISTE GARANTIES SANTE

4-3 Base de remboursement

Le montant des prestations dépend des niveaux de garantie choisis par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit. Il est indiqué au descriptif de la garantie transmis à l'adhésion. Les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et de la Mutuelle sont indiqués à titre informatif. La Mutuelle ne peut en effet s'engager que sur sa participation.

Sauf autres dispositions indiquées aux descriptifs de la garantie, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la Mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif de la garantie, avant la modification.

4-4 Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent et ses ayants droit peuvent obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

4-5 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

4-6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

4-7 Modalités de remboursement

Pour obtenir un remboursement, l'adhérent doit adresser à MUTEK - 22 les justificatifs de prescription médicale (ordonnances) et des frais engagés (factures).

Pour effectuer ses règlements, MUTEK - 22 doit connaître le montant des dépenses réellement engagées. Ce montant est réputé être celui indiqué sur les originaux des décomptes de prestations délivrés par le régime d'assurance maladie obligatoire lorsque ces montants y figurent.

Pour permettre à MUTEK-22 de verser directement les prestations à l'adhérent, ce dernier doit adresser :

- Les originaux des décomptes des prestations délivrés par le régime d'assurance maladie obligatoire
- Les documents nécessaires à MUTEK - 22 pour avoir connaissance du montant des dépenses engagées (notes d'honoraires, devis...) lorsque ces montants ne figurent pas sur les décomptes originaux du régime obligatoire
- si nécessaire, les originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre régime complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements effectués par MUTEK-22 soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent

Si l'organisme qui gère le régime d'assurance maladie obligatoire de l'adhérent est en mesure d'adresser directement à MUTEK - 22 par l'intermédiaire de son centre de traitement informatique, les informations nécessaires à la mutuelle pour effectuer son règlement, l'adhérent est alors dispensé de l'envoi des originaux des décomptes de prestations délivrés par son régime d'assurance maladie obligatoire. Dans ce cas, MUTEK- 22 effectue directement son remboursement complémentaire sans avoir recours aux originaux des décomptes du régime obligatoire transmis à l'adhérent, et sur lesquels figure la mention « copie transmise à votre mutuelle ».

REGLEMENT MUTUALISTE GARANTIES SANTE

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

4-8 Subrogation

MUTEC-22 est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à l'un de ses ayants droit victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que MUTEC - 22 a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Article 5 - Garanties assistance

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient également d'une garantie d'assistance.

La garantie d'assistance a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - BP 62127 – 44121 Vertou Cedex – numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Une notice d'information spécifique à cette garantie est remise à l'adhérent.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Article 6– Prescription

Toute action concernant l'application des garanties souscrites (contestations, recours...) doit être engagée dans les 2 ans qui suivent l'événement qui lui a donné naissance.

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent ainsi, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins. Il en va de même pour les justificatifs des frais n'ayant pas donné lieu à remboursement de la part du Régime Obligatoire et couverts par la garantie souscrite.

Article 7 – Modification des conditions d'adhésion

7-1 Changement de garantie

La modification d'adhésion entraînant la souscription d'une garantie supérieure, peut se faire à tout moment, pour une durée minimum de 2 années civiles.

La modification d'adhésion entraînant la souscription d'une garantie inférieure peut avoir lieu au 1^{er} janvier de chaque année et après au moins 1 année civile d'adhésion.

L'adhérent qui souhaite souscrire une garantie supérieure se verra appliquer un stage de 3 mois pour les prestations non couvertes précédemment par sa garantie, sauf chambre particulière en maternité et indemnité forfaitaire pour frais d'accouchement, pour lesquelles le stage est de 10 mois.

La modification s'applique à l'ensemble des bénéficiaires d'une même famille.

7-2 Modification de la situation des personnes garanties

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- fin d'emploi dans l'Enseignement Catholique
- adhésion à un contrat collectif obligatoire
- perte du bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire
- mineur atteignant 16 ans et souhaitant adhérer en son nom propre
- changement de situation matrimoniale (divorce, séparation)
- conjoint, ou personne de communauté de vie attestée, perdant le bénéfice d'un contrat collectif obligatoire et souhaitant bénéficier en tant qu'ayant-droit des garanties
- inscription de nouveaux ayants-droit
- décès

L'adhérent peut, par l'envoi d'un courrier, demander la modification de la composition des ayants droit. Cette modification prend effet le premier jour du mois de réception du courrier. MUTEC-22 rembourse à l'adhérent la partie éventuelle de cotisation qui n'a plus lieu d'être et qui aurait été perçue d'avance ou réajuste la cotisation globale pour tenir compte de l'inclusion des

REGLEMENT MUTUALISTE GARANTIES SANTE

modifications. Toutefois, les cotisations versées demeurent acquises jusqu'à la fin du mois durant lequel est survenue la modification.

7-3 Ayants droits atteignant 25 ans

Au 31 Décembre de son 25^{ème} anniversaire, l'enfant ayant droit d'un adhérent perd cette qualité d'ayant droit et ne bénéficie donc plus des garanties de remboursement des frais de soins de santé. A cette date, l'adhésion est donc modifiée par MUTEK - 22 pour tenir compte de cette radiation.

Toutefois, il lui est proposé d'adhérer en son nom propre, en tant que membre participant à la mutuelle ; il peut alors choisir d'adhérer à l'une des garanties proposées par MUTEK - 22.

Article 8 – Fin des garanties

L'adhésion au présent règlement prend fin au 31 décembre de chaque année. Passée cette date, elle se renouvelle automatiquement pour une nouvelle période de 12 mois.

8-1 L'adhérent peut mettre fin à son adhésion :

8-1.1 – Résiliation en fin d'année :

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en notifiant à la Mutuelle MUTEK -22 sa demande de résiliation avant le 31 octobre de l'année selon les modalités prévues à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, à savoir au choix de l'adhérent:

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par un acte extrajudiciaire,
- soit, lorsque la mutuelle propose l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication;
- soit par tout autre moyen prévu par le règlement.

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de résiliation

Commenté [WL1]: Mise à jour avec les nouvelles modalités de résiliation RIA

8-1.2 – Résiliation en cours d'année ou radiation d'un de ses ayants droit :

- En cas de survenance de l'un des événements suivants concernant l'adhérent ou l'un de ses ayants droit :
 - adhésion à un contrat collectif obligatoire
 - perte du bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire
 - décès

Commenté [WL2]: Pour ces mêmes situations, pas de radiation de l'ayant droit souhaitée ? Si c'est un oubli il est conseillé de rajouter les phrases en rouge

La résiliation de l'adhérent ou la demande de radiation d'un ayant droit prend effet au premier jour du mois qui suit la réception du courrier. Les cotisations versées d'avance demeurent acquises jusqu'à la fin du mois de survenance de l'événement, MUTEK-22 remboursant la partie restante à l'adhérent.

- Lors d'une modification de la situation de l'adhérent ou de l'ayant droit en relation directe avec l'objet de la garantie des risques (changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, changement de profession, ou encore en cas de retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle) en adressant à MUTEK - 22 une lettre recommandée dans les trois mois suivant cette modification ou de sa révélation.

Si cette modification de situation modifie réellement l'objet de la garantie, la résiliation de l'adhérent ou la demande de radiation d'un ayant droit prend effet le premier jour du mois suivant la réception de la lettre recommandée.

MUTEK 22 rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

8-1.3 – Résiliation en cas de hausse de cotisations ou de réduction des prestations

En cas de hausse des cotisations, ou de réduction des prestations dues à l'évolution des dépenses de santé, l'adhérent peut demander la résiliation de son adhésion à condition que la demande soit notifiée par lettre recommandée à MUTEK - 22 au plus tard dans les 10 jours qui suivent la date à laquelle la mutuelle a informé l'adhérent de la hausse de cotisations ou de la réduction des prestations.

REGLEMENT MUTUALISTE GARANTIES SANTE

8-1.4 – Résiliation infra-annuelle

L'adhérent peut mettre fin à la garantie sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent règlement mutualiste, selon les conditions et modalités définies à l'article L. 221-10-2 et L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

Le support de résiliation peut être, au choix de l'adhérent:

- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- un acte extrajudiciaire.
- lorsque la mutuelle propose l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication;
- tout autre moyen prévu par le règlement.

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

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

Commenté [WL3]: Mise à jour avec la nouvelles faculté de résiliation en cours d'année

8-2 La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations et conformément à l'article 3-4 du présent règlement.
- Lorsque l'adhérent a, par une fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir de MUTEC-22 des prestations indues. Dans ce cas, la radiation prend effet dès connaissance des faits par MUTEC-22 et ce, sans préjudice des poursuites que la mutuelle pourrait engager contre l'adhérent pour récupération des sommes indûment payées. MUTEC- 22 conserve l'intégralité des sommes précédemment versées à la mutuelle à titre d'indemnité.

8.3 Conséquences de la résiliation

A compter de la date de radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droits, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à MUTEC - 22 la ou les cartes santé qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 9 – Modalités de modification du présent règlement mutualiste

Le présent règlement mutualiste, approuvé par l'Assemblée Générale, peut être modifié par cette dernière ou par le Conseil d'Administration ayant reçu délégation de l'Assemblée Générale.

Toute modification du présent règlement, approuvée par l'Assemblée Générale, est notifiée à chaque adhérent avant application.

Article 10- Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, l'adhérent et ses ayants droit peuvent s'adresser à leur interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre eux et la Mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

Enfin, si le désaccord persiste et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur de la Mutualité Française dont les coordonnées sont communiquées ci-après.

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française

FNMF

255 rue de Vaugirard

75719 PARIS cedex 15

Article 11 – Protection des données à caractère personnel

REGLEMENT MUTUALISTE GARANTIES SANTE

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants-droits, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- le recouvrement et le contentieux ;
 - son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ;
 - le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
 - dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
 - toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.
- Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenés à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.go.uv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle

Par mail à mutec22@e-c.bzh ou par courrier postal adressé à : MUTEK-22 – 7, Rue Jules Verne – 22000 SAINT-BRIEUC.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL, 3 place de Fontenoy-TSA 80715 – 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

Article 12 - Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75 436 Paris cedex 09.