

REGLEMENT MUTUALISTE



Immatriculée à l'INSEE n°405 390 238



Approuvé par l'assemblée Générale du 25. Juin 2019

REGLEMENT MUTUALISTE

MUTUELLE LOIRE-FOREZ

1. Objet du règlement mutualiste

Conformément au cinquième alinéa de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations. Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

2. Prise d'effet des garanties

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires est effective le premier jour du mois suivant la réception de son dossier complet par la mutuelle - cotisation comprise - pour l'année civile et pour une durée minimum d'un an. Elle est prolongée par décision tacite, l'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 décembre.

3. Les montants ou les taux de cotisations

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire (*adhérent individuel et collectif*) ou en pourcentage de la masse salariale ou du plafond mensuel de la sécurité sociale (P.M.S.S.) (*pour certaines adhésions collectives à caractère obligatoire*).

La cotisation est familiale. (**Annexe 1 : barème des cotisations**). Le barème des cotisations est envoyé chaque année après l'Assemblée Générale.

4. Conditions et modalités de modification des cotisations

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (*antécédents médicaux, sexe,...*).

Pour les contrats individuels, en cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire. En cas d'adoption, la gratuité s'entend du jour d'inscription au régime obligatoire, et ce pour une période de douze mois.

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (*pour les contrats indexés*). En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires.

En cas de modification des cotisations résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la mutuelle.

5. Les modalités de paiement des cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance.

Le fractionnement des règlements (*mois, trimestre, semestre*) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion. Les garanties collectives faisant l'objet d'un paiement groupé des cotisations, l'appel de cotisations est constitué par l'émission du listing des adhérents tel qu'il est établi au jour de l'échéance.

6. Détermination des périodes d'ouverture des droits aux garanties

Pour les contrats dont la cotisation est réglée individuellement, la durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée.

Pour les contrats collectifs dont la cotisation est réglée de manière groupée, le droit aux garanties est ouvert par année civile sur la base de l'effectif déclaré par l'entreprise.

7. Suspension ou remise en vigueur des garanties

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger de plus de trois mois
- service national,
- détention à caractère pénal,
- couverture complémentaire obligatoire du fait d'une embauche à durée déterminée.

Pour bénéficier de cette suspension, et sous réserve de l'accord de la Mutuelle, le membre participant doit présenter un écrit (lettre recommandée) justifiant de cette situation dans les trente jours qui suivent la prise d'effet de la cause de suspension invoquée. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

8. Résiliation des garanties par la mutuelle

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission.. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 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 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

Au 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 ses 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 ont été payées à la mutuelle ou à l'union 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 poursuites et de recouvrement.

Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour le membre participant qui prouve que les circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement ou la régularisation de ses cotisations.

9. Résiliation des garanties par le membre participant

Pour les contrats individuels et collectifs à adhésion facultative, le membre participant ne peut radier son adhésion à la mutuelle qu'à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours. Pour cela, il doit adresser sa demande, par lettre recommandée, deux mois avant l'échéance.

Pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire, l'adhésion du membre participant prend fin à la date de sortie du contrat selon les conditions prévues par celui-ci (licenciement, démission, retraite,...).

La résiliation dans les conditions exposées au présent article et à l'article 8, entraîne la démission de l'adhérent de la mutuelle et la perte de sa qualité de membre.

10. Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les adhérents radiés disposent d'un délai de 6 mois après la date d'émission de leurs décomptes Sécurité Sociale ou de leurs factures pour se faire rembourser.

La carte d'adhérent à la mutuelle n'est utilisable et n'ouvre droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

11. Prestations (*annexe : tableaux des prestations*)

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

- remboursement partiel ou intégral du ticket modérateur,
- remboursement partiel du dépassement des tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale,
- versement de prestations supplémentaires en nature ou en espèces.

Le ticket modérateur pris en charge par la mutuelle est celui en vigueur à la date des soins.

Les prestations sont remboursées par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent (voire par chèque dans certains cas) et sur présentation des documents originaux. La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

12. Conditions et modalités de modification des prestations

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires. Si, en cours d'année, les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge, le conseil d'administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

En cas de modification des prestations résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la mutuelle.

13. Conditions et modalités de déclaration à effectuer auprès de la mutuelle en cas de prestations

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins.

Lorsque les prestations sont télétransmises, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche n'est nécessaire.

Dans les autres cas de figure, il y a lieu de présenter toutes pièces ou factures justificatives originales.

En cas de tiers payant, le praticien doit effectuer une demande de prise en charge auprès de la mutuelle.

14. Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

Il n'y a pas de délai (*ou de « stage »*) pour la prise d'effet du droit aux prestations, sauf pour les nouveaux adhérents individuels non couverts par un organisme complémentaire santé dans les trois derniers mois qui précède l'adhésion :

► Pour les risques : appareillage, toutes prothèses, cure thermale, hospitalisations (forfait, chambre particulière), dentaire, optique, allocation obsèques = stage de trois mois

► Pour les personnes de plus de 50 ans = stage de 6 mois

► Pour les frais liés à la maternité = stage de neuf mois.

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

► Pour les personnes hospitalisées à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

► Pour les prothèses dentaires déjà engagés à la date d'adhésion à la mutuelle, si les soins sont en cours ou si le devis a été signé et accepté avant la date d'adhésion, les frais ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution est postérieure à l'adhésion.

15. Étendue territoriale des prestations

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national. Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la Sécurité Sociale française (carte européenne de Sécurité sociale), la mutuelle participe à 100% des frais laissés à la charge du membre participant par l'organisme de Sécurité Sociale du pays considéré, dans la limite des garanties souscrites par l'adhérent.

16. Informations à transmettre en cas de modification de la situation des adhérents et de ses ayants droit

Dans le cadre d'une naissance, d'une adoption, d'un mariage, d'un concubinage, de la signature d'un pacte civil de solidarité, d'un départ à la retraite ou d'un décès les changements de niveau de garantie prendront effet au 1^{er} jour suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées interviendront au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

17. Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du mois durant lequel le décès a eu lieu est remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

Sur présentation d'une pièce justificative en cas de départ définitif à l'étranger ou dans le cadre de la mise en place d'un contrat groupe obligatoire par l'employeur, la démission du membre participant pourra être effective à compter du premier jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité :

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'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,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

18. Modification des garanties choisies

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la mutuelle est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants et honoraires.

Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la mutuelle ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion mais de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé des parties.

Le membre participant peut modifier sa couverture santé à la mutuelle en adressant une demande écrite avant l'échéance annuelle du 1^{er} janvier.

19. Contrat de garanties entre la Mutuelle Loire Forez et la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Pour les indemnités obsèques et naissance ou adoption, ces prestations seront assurées par l'organisme « Mutuelle Générale de Prévoyance » (n° 337 682 660) dans le cadre d'un contrat collectif annuel.

20. Principe indemnitaire et subrogation

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

Toutefois, la mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants droit victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

Une commission de secours a d'ailleurs été constituée parmi les membres du conseil d'administration ; cette instance peut être saisie en cas de difficulté particulière rencontrée par des adhérents. La commission s'efforce d'apporter des conseils, voire une aide financière afin d'accompagner l'adhérent, et l'aider à trouver des solutions, dans l'esprit d'entraide, aux difficultés soulevées qui n'entrent pas dans le cadre ordinaire des prestations et services offerts par la mutuelle.

21. Prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations de type prime de naissance ou de mariage, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),

- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

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

22. Loi applicable

Conformément à l'article L.225-2 du Code de la Mutualité,

I. Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L.225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II. On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

- a) le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle ;
- b) l'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

23. Contrat santé dit « responsable »

En application de l'article L.871.1 du code de la sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale,
- les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code,
- les dépassements d'honoraires sur les actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 dudit code.

Les garanties du présent règlement sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Elles respectent les minima de prise en charge obligatoire, les règles relatives aux remboursements des médecins adhérent ou non aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, les règles relatives aux planchers et plafonds optiques et aux planchers de remboursement des soins prothétiques dentaires.

24. Protection des données à caractère personnel

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes : Entis – 39 rue du Jourdil – 74960 CRAN GEVRIER ou à l'adresse suivante dpo@mutuelles-entis.fr

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

24.1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités :

- l'identification du membre participant et des bénéficiaires,
- l'appréciation, la tarification, le contrôle et la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion des prestations,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles,
- le cas échéant, la passation des contrats auprès d'un organisme assureur succédant à la mutuelle.

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales pour des produits du groupe ENTIS, ainsi que des offres des partenaires du groupe.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment.

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

24.2 Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service commercial, les personnels en charge de traiter la relation client, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux). Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

24.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

24.4 Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexactes le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement).

Le membre participant peut également retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle ou groupe ENTIS, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante :

Mutuelle Loire Forez - 16 Boulevard Chavassieu – 42600 MONTBRISON ou par mail à l'adresse suivante dpo@mutuelles-entis.fr

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

25. **Autorité de contrôle**

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :

4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

26. **Réclamations**

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Loire Forez / Service réclamation
16 Boulevard Chavassieu –
42600 MONTBRISON.

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

27. Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

A l'attention de Monsieur le médiateur Nicolas DUMONT

39 Rue du Jourdil

74960 CRAN GEVRIER

Ou par mail à l'adresse suivante : mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai de 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

28. REGLEMENTATION RELATIVE A LA DIRECTIVE DISTRIBUTION ASSURANCE

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent ou au souscripteur, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent ou au souscripteur, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlée lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent ou au souscripteur, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,
- Conseille les adhérents ou les souscripteurs au mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leurs exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.
