

Garanties complémentaires à un régime français d'assurance maladie

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement est établi conformément aux dispositions des articles L.114-1 et L.114-11 du Code de la Mutualité. Il a pour objet de définir les droits et obligations respectifs de La Mutuelle et de ses adhérents à une garantie complémentaire d'un régime français d'Assurance Maladie Obligatoire souscrite individuellement ou dans le cadre d'un contrat collectif facultatif. ADREA Mutuelle Pays de Savoie, organisme régi par le Code de la Mutualité, ayant son siège social à Chambéry, 7 rue Favre, sera désigné dans le présent règlement par le terme « La Mutuelle ».

ARTICLE 2 - TERRITORIALITE

Le membre participant et ses bénéficiaires doivent résider à titre principal en France métropolitaine. Les garanties s'exercent en France métropolitaine et dans les territoires et départements d'Outre mer. Toutefois elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention préalable du régime français d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

ARTICLE 3 - PRESTATIONS NON REGIES PAR LE PRESENT REGLEMENT

Certaines prestations et services sont régis par un contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès de prestataires dédiés. C'est le cas notamment des services ADREA Assistance. Ces prestations et services font l'objet d'une notice d'information spécifique remise à l'adhérent.

CHAPITRE 2 OBJET ET FORME DE L'ADHESION

ARTICLE 4 - OBJET DE L'ADHESION

La Mutuelle garantit aux bénéficiaires tels que définis à l'article 7 de ses statuts le remboursement de leurs dépenses de frais de soins de santé, notamment en complément des versements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie-maternité, et selon les conditions précisées dans la notice d'information de la garantie.

ARTICLE 5 - FORME DE L'ADHESION

L'adhésion à La Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion, sur lequel sont portés le membre participant, le cas échéant ses ayants droit tels que définis par l'article 7 des statuts. La garantie choisie est obligatoirement la même pour tous les membres de la famille inscrits sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 6 - CONDITIONS DE L'ADHESION

L'adhésion à une garantie et sa prise d'effet sont soumises à des conditions d'âge précisées dans la notice d'information. En cas d'adhésion familiale, c'est l'âge du membre participant qui est pris en compte pour déterminer les conditions d'adhésion. L'âge s'apprécie au 1^{er} janvier de l'année de l'adhésion.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion est annuelle, dans le cadre de l'année civile. Elle prend effet au 1^{er} jour du mois au cours duquel a été encaissée la cotisation si le paiement est effectué dans les 15 premiers jours du mois, ou au 1^{er} jour du mois suivant dans les autres cas.

A l'adhésion le souscripteur doit effectuer un premier versement équivalent à :

- 1 mois de cotisation s'il opte pour le prélèvement mensuel
- 3 mois de cotisation s'il opte pour un autre mode de paiement.

Pendant les 10 jours suivant l'encaissement du premier règlement, l'adhérent peut renoncer à son adhésion, en adressant sa demande de renonciation à la Mutuelle sous envoi recommandé avec accusé de réception. La Mutuelle s'engage à rembourser la cotisation dans les 20 jours de la réception de la demande de renonciation.

L'adhésion ultérieure du conjoint, d'un enfant nouveau-né ou adopté prend effet le premier jour du mois de l'évènement à condition que la demande d'inscription soit faite dans les 3 mois suivant ledit évènement. Passé ce délai l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion accompagnée des pièces justificatives.

Pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle, les conditions d'adhésion sont définies par la réglementation correspondante.

ARTICLE 8 - ENGAGEMENTS DU MEMBRE PARTICIPANT

Le membre s'engage à déclarer à La Mutuelle tout changement dans sa situation personnelle ou de ses ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par La Mutuelle. Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues par l'article 28 ci-après. Au moment de son adhésion il informe La Mutuelle de l'existence de garanties complémentaire santé souscrites auprès d'une autre entreprise d'assurances.

ARTICLE 9 - CHANGEMENT DE GARANTIE

L'adhérent à titre individuel pourra demander un changement de garantie ou l'ajout d'une option supplémentaire **12 mois après la date d'effet de son adhésion, ou 12 mois après la date du précédent changement de garantie.**

Le changement de garantie prendra effet au premier jour du trimestre suivant la date de réception par la Mutuelle de la demande écrite de l'adhérent. Le passage en garantie supérieure s'accompagnera d'un stage de 3 mois pendant lequel les prestations seront calculées sur les taux de la précédente garantie.

En cas de difficultés financières constatées, la Mutuelle pourra, en cours d'année, proposer à l'adhérent de souscrire une garantie de niveau inférieur.

ARTICLE 10 - SUSPENSION DE LA GARANTIE

Le droit à prestations est suspendu :

- En application des dispositions des articles 15 et 16 ci après, à l'issue des 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure pour non paiement des cotisations aux échéances prévues. En cas de régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, à midi le lendemain du jour du paiement de l'intégralité des cotisations dues.
- En cas d'un séjour à l'étranger tel que défini à l'article 17 ci après.

Aucune prestation n'est due pour les soins dispensés pendant la période de suspension.

ARTICLE 11 - RESILIATION

11-1 RESILIATION ANNUELLE

Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à titre facultatif, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à La Mutuelle au moins **deux mois** avant la date d'échéance, sauf application des dispositions de l'article 221-10-1 du Code de la Mutualité.

11-2 RESILIATION EXCEPTIONNELLE

Pour les opérations individuelles, il peut également être mis fin à l'adhésion en cours d'année en cas de survenance d'un des événements suivants, **et à la seule condition que les risques couverts par la garantie aient disparu du fait de :**

- La non affiliation à un régime français d'Assurance Maladie Obligatoire,
- Le décès,
- Un changement de profession,
- La retraite, ou la cessation définitive d'activité,
- Le changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial

La demande de résiliation du membre participant ou de l'un de ses ayants-droit doit faire l'objet d'une **notification à la Mutuelle par lettre recommandée dans le délai de deux mois** suivant la survenance de cet événement ou la date de sa révélation, pour prendre effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de survenance de l'événement.

Passé ce délai de deux mois la résiliation sera effective au dernier jour du trimestre au cours duquel la Mutuelle aura été informée.

11-3 RESTITUTION DE LA CARTE MUTUALISTE

Dans tous les cas de résiliation l'adhérent s'engage à restituer à la Mutuelle, la ou les cartes mutualistes en sa possession dont la date de validité serait supérieure à la date d'effet de la résiliation, qu'il devra joindre à sa demande.

11-4 REMBOURSEMENT DE LA COTISATION

La mutuelle procède au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

CHAPITRE 3 COTISATIONS

ARTICLE 12 - DETERMINATION DES COTISATIONS

Le bénéfice des prestations et des services proposés par La Mutuelle est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle fixée en fonction :

- du niveau des garanties souscrites,
- de l'âge de chacun des bénéficiaires au 1^{er} janvier de l'année en cours,
- du régime d'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation,
- du lieu de résidence,
- du nombre d'ayants droit.

A cette cotisation s'ajoute éventuellement celle afférente aux contrats collectifs souscrits entre La Mutuelle et des entreprises ou des associations, pour l'indemnisation des frais d'obsèques. Cette cotisation est révisable chaque année par négociation entre La Mutuelle et les souscripteurs collectifs. A cette cotisation s'ajoutent les cotisations d'adhésion à des organismes supérieurs, (unions, fédérations,...) ou techniques dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les règlements ou statuts de ces organismes.

La cotisation enfant est applicable jusqu'à la fin de l'année des 18 ans, ou des 28 ans pour l'enfant étudiant ou bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation lui assurant une rémunération inférieure à 55 % du SMIC, ainsi que pendant la première année de recherche de son premier emploi. Elle reste également applicable à l'adulte handicapé à charge du membre participant, dès lors qu'il aura été inscrit à la Mutuelle avant 18 ans, et que son taux de handicap de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie reconnu par la COTOREP ne lui permet pas de se procurer un emploi. Ces situations de prolongation doivent être justifiées annuellement.

ARTICLE 13 - REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisables chaque année au 1^{er} janvier compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services. Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués aux adhérents dans les formes habituelles et payables pour l'année suivante selon les modalités de paiement indiquées sur le bulletin d'adhésion.

D'une façon générale si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la suite de nouvelles

dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie) La Mutuelle se réserve le droit d'effectuer en cours d'année les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires. Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

ARTICLE 14 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet de l'adhésion et sont payables d'avance avant toute demande de remboursement. L'année de l'adhésion la cotisation est due pour le nombre entier de mois restant à courir entre la date d'effet d'adhésion et le 31 décembre. Le membre participant peut modifier le mode et la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande, par écrit, auprès de La Mutuelle *deux mois au moins* avant la date d'effet souhaitée.

La date de paiement, prise en considération, est celle du règlement au siège, dans une des agences, ou tout autre lieu accepté par La Mutuelle.

ARTICLE 15 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS - GARANTIES INDIVIDUELLES

A 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 la garantie 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

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

La garantie non résiliée reprend effet pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à La Mutuelle la 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.

ARTICLE 16 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS - GARANTIES COLLECTIVES

16-1 : 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 son échéance, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, La Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice 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 souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours mentionné au premier alinéa du présent. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de La Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. En cas de redressement ou de liquidation judiciaire la personne morale s'engage à informer la Mutuelle au plus tard le jour du dépôt de sa déclaration de cessation de paiement auprès du tribunal compétent. La Mutuelle pourra résilier le contrat dans les trois mois suivant la date du jugement de redressement judiciaire ou

de liquidation judiciaire et proposer aux salariés une garantie individuelle.

16-2 : 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.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure, qui ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties souscrites. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au 16-1 est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, La Mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée à l'article 11 et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel La Mutuelle ne couvre plus le risque.

ARTICLE 17 - EXONERATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION

Sont dispensés du paiement des cotisations :

- Les bénéficiaires du dispositif de la CMU affiliés à La Mutuelle, sous les conditions et dans les limites prévues par la loi du 27 juillet 1999 (loi n° 99-641) et ses décrets d'application.
- Le membre participant qui séjourne à l'étranger pour cause d'études ou raison professionnelle (sur justificatifs), pour une durée limitée à 3 ans, pendant laquelle le droit aux prestations est également fermé.
- Le 3^{ème} enfant et les suivants affiliés sur un même contrat familial.

CHAPITRE 4 PRESTATIONS GARANTIES MODALITES DE REMBOURSEMENT

ARTICLE 18 - DEFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations servies par La Mutuelle sont fonction de la garantie et des options choisies par le membre participant, lors de son adhésion ou d'un avenant. Le descriptif des garanties et options ainsi que les modalités d'attribution des prestations figurent dans les notices d'informations annexées au présent règlement et remises à l'adhérent.

Les remboursements de La Mutuelle sont exprimés sur la base des tarifs de convention ou de responsabilité en vigueur à la date de la dernière assemblée générale annuelle.

Sauf exception mentionnée ils sont versés pour les soins pris en charge par lesdits régimes et les complètent ainsi que ceux éventuellement versés par un autre organisme complémentaire.

Sont exclus des prestations garanties :

- la participation forfaitaire des assurés sur les consultations et actes médicaux définie à l'article L 322-2 - II du Code de la Sécurité Sociale,
- les majorations de participation appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire en application des articles L 161-36-2 (dossier médical) et L 162-5-3 (parcours de soins du Code de la Sécurité Sociale).
- Les suppléments d'honoraires facturés par les praticiens consultés hors parcours de soins, dans les limites fixées par décret.

En application des dispositions de l'article L 224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements effectués par La Mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge effective des adhérents.

ARTICLE 19 - OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Le droit aux prestations est ouvert aux personnes à jour du règlement de leur cotisation.

Les conditions d'âge et de stages propres à chaque garantie en définissent les conditions de prise d'effet. Elles sont précisées par la notice d'information de la garantie.

ARTICLE 20 - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS POUR LES ADHERENTS COTISANT AU SEUL RISQUE CHIRURGICAL

La Mutuelle prend en charge, dans la limite de son tarif de responsabilité, les frais qui sont en rapport direct avec une intervention chirurgicale. Sont également pris en charge les actes suivants définis à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :

- Les Actes Techniques Médicaux (ATM) et les Actes d'Imagerie Diagnostique (ADI) effectués dans un délai maximum de 3 mois avant ou après l'intervention.
- Les actes de biologie pratiqués au cours du mois précédant l'intervention.
- Les actes de rééducation, dans un maximum de 30 séances dispensées dans les 3 mois suivant l'intervention.

ARTICLE 21 - CONDITIONS DE PARTICIPATION EN CAS D'ASSURANCES MULTIPLES OU DE SOINS CONSECUTIFS A UN D'ACCIDENT

21-1 ASSURANCES MULTIPLES

Si le membre participant a souscrit auprès d'autres organismes une garantie lui accordant des indemnités de même nature que celles assurées par La Mutuelle, celle-ci n'interviendra que pour la différence entre le total des frais réellement engagés et le montant des prestations reçues au titre de ces garanties. Toute clause préférentielle statutaire, contractuelle contraire, ou toute clause de subrogation ou de mandat, reste inopposable à La Mutuelle.

21-2 ACCIDENTS

En cas d'accident scolaire, sportif à titre compétitif, de vie privée, le membre participant s'engage à déclarer à la Mutuelle le caractère accidentel de l'évènement et à lui fournir, soit directement, soit par réponse aux demandes d'information qui lui seraient adressées, toutes les informations nécessaires à la Mutuelle pour qu'elle puisse exercer son droit de recours tel que défini à l'article 29 ci-après.

Il s'engage également à informer la Mutuelle de toute instance civile ou pénale qu'il aura engagée consécutivement à cet accident, ainsi que de tout projet de transaction avec l'auteur de l'accident ou son assureur substitué.

ARTICLE 22 - MODALITES GENERALES DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les remboursements sont effectués au vu des documents transmis par le régime obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission.

A défaut d'application du procédé de la télétransmission, les remboursements sont effectués au vu des pièces suivantes :

- L'original des décomptes établi par le régime d'obligation,
- Le cas échéant, le justificatif d'achat et de paiement : prescription, facture, ...

Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que le membre participant et ses ayants droit doivent fournir pour obtenir les résultats escomptés.

Le règlement des montants dus s'effectue en priorité par virement sur le compte bancaire ou postal indiqué par le membre participant.

Sauf refus express de l'adhérent, et en vertu de conventions passées avec les professions de santé ou les établissements hospitaliers, La Mutuelle peut régler directement ses prestations à ceux-ci, mais toujours dans la limite de son tarif de responsabilité.

ARTICLE 23 - CONTROLE MEDICAL OU DENTAIRE

La Mutuelle se réserve le droit de faire exercer un contrôle pour se prononcer sur la réalité du droit aux prestations.

En cas de contestation de la décision de refus de prise en charge, celle-ci est estimée par une Commission formée de 3 experts : un désigné par chaque partie et le troisième d'un commun accord.

A défaut d'accord, le troisième expert sera désigné par le Président Départemental du Conseil de l'Ordre concerné, saisi par La Mutuelle. Les honoraires seront à la charge des parties dont les arguments auront été reconnus comme non fondés.

ARTICLE 24 - MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité, ou les taux et les conditions de remboursement des régimes obligatoires de Sécurité Sociale varieront en application de la réglementation en vigueur. Ces modifications qui pourront entraîner des modifications des cotisations seront décidées dans les conditions prévues par les statuts et le Code de la Mutualité. Les nouveaux taux ou montants des prestations et de cotisations seront portés à la connaissance des adhérents à leur dernière adresse et leur seront opposables à compter de cette notification.

CHAPITRE 5 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 25 - FORCLUSION - RECLAMATION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum **de deux ans**, à compter de l'acte médical ou du décès.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à La Mutuelle dans un délai d'un an à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

En cas de difficulté liée à l'application ou à l'interprétation du présent règlement, le membre participant peut avoir recours au médiateur nommé par l'Assemblée Générale de La Mutuelle.

ARTICLE 26 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'adhésion à La Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Le point de départ de ce délai est fixé comme suit, selon les cas :

- fausse déclaration, réticence ou omission du fait du membre participant : jour où La Mutuelle en a eu connaissance ;
- Réalisation du risque : jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Cette prescription peut être interrompue par une des causes visées à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 27 - SANCTIONS

La Mutuelle se réserve le droit de radier ou d'exclure tout membre participant qui aura causé ou tenté de causer volontairement à La Mutuelle un préjudice dûment constaté selon les modalités définies à l'article 12 de ses statuts. En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le membre participant, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- En cas de mauvaise foi : la nullité de la garantie en application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.
- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : la réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le membre participant en application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'adhérent, La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte. L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un adhérent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations ou le bénéfice de services garantis par La Mutuelle aux seuls adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

ARTICLE 28 - SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. L'adhérent devra fournir une déclaration indiquant la date de l'accident, ses circonstances, les coordonnées des personnes en cause et de leurs contrats d'assurance. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que La Mutuelle 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.

En est exclue la part de l'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.

ARTICLE 29 - AUTRES SERVICES

En complément des garanties statutaires visées ci-avant, La Mutuelle peut :

- proposer une indemnité pour remboursement des frais d'obsèques. La garantie est annuelle, chaque année, l'assemblée générale fixe sa reconduction, sa modification ou sa suppression.
- dans le cadre de conventions intervenant entre elle et d'autres prestataires de services, permettre à ses adhérents en difficulté, par suite de maladie ou d'accident, de bénéficier d'aide en nature ou en espèces. Dans ce cas, La Mutuelle n'est pas responsable de l'assurance des risques ou de la constitution des avantages relatifs à ces prestations.

Ces contrats ou conventions déterminent les conditions pour bénéficier de ces prestations et les limites des garanties octroyées.

ARTICLE 30 - ACTION SOCIALE

Pour aider les adhérents à faire face à des difficultés particulières de paiement de leur cotisation dues à une situation de chômage, ou à sortir d'une situation ponctuellement difficile, la Mutuelle a créé un fonds de chômage et un fonds social. L'adhérent doit justifier de 3 ans de sociétariat à la date de l'événement. Les demandes sont examinées par une Commission spécifique composée d'élus mutualistes qui statue sur dossier constitué auprès des services administratifs, auquel sont joints les justificatifs des ressources de la famille, des dépenses engagées et de leur motivation.

ARTICLE 31 - DESIGNATION DE L'ORGANE DE CONTROLE

La Mutuelle conformément à l'article L510-1 du Code de la Mutualité exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) consacrée dans le code monétaire et financier sous les articles L612-1 et suivants.

(mise à jour AG 10-11-2010)

