



— EXPERTISE —
SECTEURS PUBLICS
Harmonie mutuelle

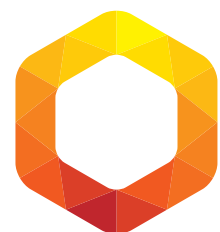


PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE
OFFRE RÉFÉRENCÉE
OFB



*Statuts / Règlement intérieur - Notice d'information - Offre de prévoyance
Garantie d'assistance santé - Protection juridique santé*

AVANÇONS collectif



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

» Statuts / Règlement intérieur

Statuts de la Mutuelle

Mis à jour par l'assemblée générale du 28 juin 2022

Titre I

FORMATION, RAISON D'ETRE ET OBJET DE LA MUTUELLE

Chapitre I

FORMATION, RAISON D'ETRE ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 • Dénomination et raison d'être de la Mutuelle

1.1 Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée Harmonie Mutuelle, personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, et dont le n° LEI (identifiant international d'entité juridique) est le 969500JLU5ZH89G4TD57.

La Mutuelle a adopté la qualité d'entreprise mutualiste à mission dans le cadre des dispositions de l'article L. 110-1-1 du Code de la Mutualité.

1.2 Raison d'être

En application de l'article L110-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle s'est fixée comme raison d'être :

Agir sur les facteurs sociaux, environnementaux et économiques qui améliorent la santé des personnes autant que celle de la société en mobilisant la force des collectifs.

Article 2 • Siège de la Mutuelle

Le siège de la Mutuelle est situé 143, rue Blomet 75015 Paris. Il peut être transféré sur simple décision du conseil d'administration.

Article 3 • Objet et mission de la Mutuelle

3.1 Objet et champ d'activité

La Mutuelle a pour objet :

1°) à titre principal, de réaliser les opérations d'assurance suivantes dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives :

- couvrir des risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ;
- contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de vie humaine (branche 20) .
- contracter des engagements ayant pour objet le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants (branche 21).

2°) d'assurer la prévention des risques de dommages corporels, de mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires ou sociales dans la mesure où cette activité est accessoire et accessible uniquement :

- à ses membres participants et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;
- aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du Code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec les souscripteurs.

La Mutuelle peut accepter en réassurance les engagements d'assurance relevant des branches 1, 2, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26 telles que définies à l'article R.211-2 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par ses statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Elle peut également :

- se substituer intégralement aux mutuelles ou unions qui le demandent, dans les conditions prévues par l'article L.211-5 du Code de la Mutualité ;
- céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité et quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue. La conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur non régi par le Code de la Mutualité relève de la décision du conseil d'administration de la Mutuelle ;
- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance et conclure des contrats collectifs à adhésion facultative ou à adhésion obligatoire, au profit de ses membres, afin qu'ils puissent bénéficier d'autres prestations d'assurance définies par l'article L.111-1 I 1°) et ce, dans le respect des exigences de l'article L.116-1 du Code de la Mutualité ;
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance, conformément à l'article L.116-2 du Code de la Mutualité ;

- gérer accessoirement des aides relevant d'un fonds d'action sociale, sous les conditions et dans les limites définies par l'article L.111-1 III du Code précité ;
- proposer ses produits à des ressortissants étrangers résidant au sein de l'Espace Économique Européen ou dans tout autre État, par l'ouverture de succursales.

Par son adhésion à des unions régies par le Livre II ou le Livre III du Code de la Mutualité ou à des fédérations, elle permet à ses membres participants et à leurs ayants droit de bénéficier d'autres services et prestations que ceux qu'elle propose elle-même.

Elle peut offrir à ses membres participants et à leurs ayants droit l'accès à des réalisations sanitaires, sociales et culturelles, par la signature de conventions avec d'autres mutuelles ou unions régies par le Livre III du Code de la Mutualité.

Elle peut encore faire bénéficier ses membres participants et leurs ayants droit des services sanitaires et sociaux dispensés par les associations - ou toute autre entité - qu'elle crée ou auxquelles elle adhère ou participe.

En application des dispositions de l'article L.116-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion d'un contrat collectif. L'assemblée générale définit les principes que doivent respecter ces délégations de gestion. Le délégataire rend compte chaque année de sa gestion au conseil d'administration de la Mutuelle. Le conseil d'administration établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité.

Enfin, elle peut créer et/ou adhérer à :

- une union de groupe mutualiste,
- une union mutualiste de groupe.

3.2. Mission – Objectifs sociaux et environnementaux

Dans le cadre de son activité, en lien avec sa raison d'être, la Mutuelle se donne pour mission de poursuivre les objectifs sociaux et environnementaux suivants :

1. Construire collectivement des solutions d'assurance, de services et d'accompagnement ayant un impact positif sur la santé des personnes et de la société.
2. Améliorer avec les entreprises et les salariés les conditions de travail et de vie, et soutenir les actions de préservation de leur santé et de l'environnement.
3. Favoriser l'entraide, le développement de liens sociaux et de réseaux de solidarité au cœur des territoires.
4. Faire vivre l'engagement mutualiste et notre modèle d'entreprise à impacts positifs.

Article 4 • Règlements mutualistes

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, un (des) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par le conseil d'administration, défini(ssen)t le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Toutefois, les cotisations dues et les prestations offertes dans le cadre de contrats collectifs souscrits auprès de la Mutuelle ou souscrits par elle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses membres participants et/ou de leurs ayants droit, sont définies par ces contrats eux-mêmes et par les notices d'information correspondantes.

Article 5 • Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale. Il précise ou complète les conditions d'application des présents statuts.

Tous les membres participants et honoraires sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlements mutualistes.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement : celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine assemblée générale statuant suivant les dispositions de l'article 23 ci-après.

Chapitre II

CONDITIONS D'ADMISSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section 1

Adhésion

Article 6 • Définition des membres

La Mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques faisant acte d'adhésion dans les conditions fixées par l'article 9 ou par l'article 10 des

présents statuts, qui, en échange du paiement régulier de leur cotisation, bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré.

Sont également membres participants de la Mutuelle, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leur droit à ce titre. Par exception par rapport aux autres membres participants, les conditions d'adhésion et les règles de gestion les concernant sont définies par le code de la Sécurité sociale et les textes d'application.

Les membres honoraires sont, d'une part, les personnes physiques qui paient une cotisation, font des contributions ou des dons ou rendent des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle, les personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif auprès de cette dernière et, d'autre part les représentants des salariés de ces personnes morales dans les conditions prévues à l'article 9 des présents statuts.

Article 7 • Conditions d'adhésion des membres participants

1. Peuvent adhérer à la Mutuelle pour couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, les personnes physiques remplissant les conditions suivantes :

- toutes les personnes relevant ou non d'un régime d'assurance maladie,
- les membres des groupes constitués au sein des entreprises ou collectivités ou tout autre type de groupement.

À 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.

2. Peuvent également adhérer à la Mutuelle toutes les personnes physiques :

- pour contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de vie humaine,
- pour faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés.

Pour les prestations d'assurance « vie-décès », les personnes « garanties » et les « bénéficiaires » des prestations sont celles qui sont expressément désignées par le membre participant, dans les limites fixées par la législation en vigueur, en particulier par les articles L.223-5 et L.223-7 du Code de la Mutualité.

Article 8 • Ayant droit

Ont la qualité d'ayants droit des membres participants, susceptibles de bénéficier des prestations de la Mutuelle, les personnes suivantes :

- le conjoint, le concubin, du membre participant ou la personne liée à ce dernier par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint, concubin ou de la personne qui lui est liée par un PACS, suivant les modalités définies aux règlements mutualistes ;
- toute personne à la charge des membres participants.

Article 9 • Adhésion à titre individuel ou en tant que membre honoraire

Acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux présents statuts.

Pour les personnes morales souhaitant adhérer à la Mutuelle en tant que membre honoraire, l'adhésion est subordonnée d'une part à la signature d'un bulletin d'adhésion et d'autre part à une décision souveraine et non motivée du conseil d'administration ou de l'administrateur qu'il a délégué ; elle devient définitive lorsque le visa d'acceptation du président ou de l'administrateur délégué a été apposé sur le bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion entraîne, dans tous les cas, l'acceptation des stipulations des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par les règlements mutualistes et par les notices d'information.

Article 10 • Adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à caractère obligatoire ou facultatif

I. Opérations collectives facultatives

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle et de la notice d'information qui l'accompagne.

II. Opérations collectives obligatoires

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle et ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

L'adhésion des personnes physiques au nom desquelles un contrat collectif à adhésion obligatoire est souscrit peut être matérialisée par l'annexion au contrat collectif souscrit de la liste, régulièrement mise à jour, de ces personnes et, en tant que de besoin, de leurs ayants droit.

III. Opérations collectives obligatoires ou facultatives dans le cadre d'un contrat de coassurance

Lorsque le contrat collectif est coassuré par la Mutuelle et d'autres mutuelles et unions, il détermine la mutuelle auprès de laquelle chaque personne physique adhérant au contrat collectif coassuré devient membre participant.

Ainsi, la Mutuelle sera amenée à verser des prestations au titre du contrat collectif coassuré, à des personnes physiques adhérant au contrat collectif non membres participants de la Mutuelle ainsi que le cas échéant, à leurs ayants droit.

Section 2

Démission, radiation, exclusion

Article 11 • Démission

Les membres participants peuvent démissionner, et ainsi renoncer à l'intégralité des prestations servies par la Mutuelle, selon les conditions et modalités définies par le Code de la Mutualité et les stipulations des contrats collectifs et des règlements mutualistes qui leur sont applicables.

Les membres honoraires peuvent démissionner chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au président de la Mutuelle au plus tard deux mois avant la date anniversaire de l'adhésion.

Pour les membres participants qui adhèrent à la Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif, la démission résulte du non-renouvellement du contrat collectif par la personne morale souscriptrice, à moins qu'ils ne choisissent d'y adhérer à titre individuel.

Article 12 • Radiation - résiliation

Les radiations ou résiliations d'un membre participant sont prononcées par la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8, L.221-10, L.221-17, L.223-19 et L.223-22 du Code de la Mutualité.

Sont également radiés les membres honoraires qui n'ont pas acquitté leur cotisation dans un délai de trois mois suivant l'échéance.

Article 13 • Exclusion

Peuvent être exclus les membres participants ou leurs ayants droit qui auront, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou auront omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la Mutuelle, dans les conditions définies par les articles L.221-14, L.221-15 et L.223-18 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle pourra également exclure, à l'échéance annuelle de la garantie, tout membre participant lorsque ce dernier ou ses ayants droit auront, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

Peut également être exclue toute personne qui aura causé un préjudice, matériel ou moral, à la Mutuelle, constaté par une délibération du conseil d'administration.

Dans tous les cas, la décision d'exclusion est prise par le conseil d'administration. Préalablement, le conseil de région compétent géographiquement convoque la personne dont l'exclusion est proposée par courrier recommandé avec accusé de réception, pour l'entendre sur les faits qui lui sont reprochés. L'intéressé peut se faire assister de toute personne de son choix lors de cette audition.

Si l'intéressé ne se présente pas au jour indiqué, sauf motif légitime laissé à l'appréciation du conseil de région, ce dernier prend acte de son absence et en informe le conseil d'administration qui statue sur son exclusion, sans autre formalité.

La décision d'exclusion sera notifiée par courrier recommandé avec accusé de réception à l'intéressé précisant la date d'effet de l'exclusion. Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 24 mois à compter de la date de prise d'effet de l'exclusion tant en qualité de souscripteur que d'ayants droit.

Article 14 • Conséquences au regard des cotisations

La démission, la radiation, la résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf dans les cas prévus à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité sous réserve des dispositions des articles L.221-7 et L.221-8, L.221-10-1, L.221-10-2, L.221-17 et L.223-18 du Code de la Mutualité et des stipulations des contrats collectifs et des règlements mutualistes. Les arriérés éventuels restent dus à la Mutuelle dans tous les cas.

Article 15 • Conséquences au regard des prestations

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation, de résiliation ou de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies et sans préjudice des stipulations des contrats collectifs, du (des) règlement(s) mutualiste(s) ainsi que des dispositions légales en faveur des membres participants et des autres bénéficiaires des prestations de la Mutuelle.

Chapitre I

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1

Composition, élections

Article 16 • Composition

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote. Chaque délégué y dispose d'une seule voix.

Article 17 • Sections de vote

Compte tenu du nombre important de membres participants et honoraires et de leur dispersion géographique et afin de permettre à chacun d'entre eux de participer à la vie de la Mutuelle, celle-ci est organisée en sections qui ont pour objet d'assurer un lien permanent entre les membres, les délégués et les salariés de la Mutuelle.

Tous les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont répartis en sections de vote dont l'étendue et la composition sont définies au règlement intérieur.

L'assemblée générale est composée de :

- 11 sections de vote régionales, regroupant un ou des territoires définis au règlement intérieur ;
- 1 section de vote « professionnelle » D ;
- 1 section de vote « professionnelle » E ;
- 1 section de vote « Europe »,
- 1 section de vote « affinitaire ».

Par principe, les membres participants et honoraires, personnes physiques, sont rattachés à la section de vote de la région dont dépend le lieu de leur domicile.

Les personnes morales, membres honoraires, sont rattachées à la section de vote du lieu du domicile des membres participants bénéficiaires du contrat collectif conclu auprès de la Mutuelle. Toutefois, lorsqu'une même personne morale a conclu plusieurs contrats collectifs et que les membres participants visés par ces différents contrats sont rattachés à des sections de vote différentes, elle choisit celle d'entre elles à laquelle elle sera rattachée.

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » D les membres participants et les membres honoraires affiliés à un contrat collectif obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2. du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant au moins 8 000 membres participants et honoraires et, sur demande de ladite personne morale souscriptrice, les membres participants qui adhèrent, en qualité d'anciens salariés de cette dernière, à un contrat collectif facultatif bénéficiant de sa participation financière.

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » E les membres participants et les membres honoraires affiliés à un contrat collectif obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2. du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant entre 800 et 7 999 membres participants et honoraires.

Par exception aux principes de rattachement géographique et professionnel, sont rattachés à la section de vote « affinitaire » les membres participants et les membres honoraires liés par leur adhésion à un règlement mutualiste, ou un contrat d'assurance, de la gamme Harmonie Fonction Publique.

Sont rattachés à la section de vote « Europe » :

- les membres participants et honoraires relevant d'un contrat collectif souscrit par une personne morale dès lors que ces membres et la personne morale souscriptrice résident dans un État de l'Espace Économique Européen.

Article 18 • Nombre de délégués - Élection de délégués

18.1 Sections de vote régionales et affinitaire

Les membres participants et honoraires, à jour de leurs cotisations, procèdent au sein de leur section de vote, à l'élection d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires, dans des conditions précisées au règlement intérieur.

Chaque membre participant ou honoraire de la Mutuelle dispose d'une voix pour élire les délégués.

L'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à élire, est le nombre de membres participants et honoraires au 1^{er} juillet de l'année précédant l'élection.

Il est procédé aux élections générales des délégués, tous les six ans, par section de vote et par correspondance y compris par voie électronique, au scrutin de listes bloquées majoritaires à un tour sans panachage et sans vote préférentiel.

Par ailleurs, il est procédé à la troisième année de mandat des délégués, et en tant que de besoin, à des élections partielles au sein de chaque section de vote.

Ces élections partielles visent à pourvoir soit au(x) siège(s) devenu(x) vacant(s) en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs d'une section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Le mandat de ce(s) délégué(s) expire aux élections générales suivantes.

Les délégués sont rééligibles.

18.2 Sections de vote professionnelles

1. Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » D procèdent, en application de l'article L.114-6 alinéa 3 du Code de la Mutualité, à la désignation de délégués représentant les membres honoraires et de délégués représentant les membres participants à raison d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires.

Dès lors qu'elles en informent le président du conseil d'administration au moins trois mois avant la tenue de l'assemblée générale annuelle, lesdites personnes morales peuvent procéder, chaque année, à des désignations de délégués afin de pourvoir soit à un poste devenu vacant en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs d'une section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Pour ce dernier cas, l'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à désigner, est le nombre de membres participants et honoraires au 1^{er} juillet de l'année précédant cette désignation.

2. Les membres participants et honoraires, à jour de leurs cotisations, procèdent, au sein de leur section de vote « professionnelle » E à l'élection d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires, dans des conditions précisées au règlement intérieur.

Chaque membre participant ou honoraire de la section de vote « professionnelle » E dispose d'une voix pour élire les délégués.

L'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à élire, est le nombre de membres participants et honoraires au 1^{er} juillet de l'année précédant l'élection.

Ces élections générales ont lieu tous les six ans, concomitamment à l'élection générale des délégués des sections de vote régionales et selon les mêmes modalités telles que définies aux statuts et règlement intérieur.

Par ailleurs, il est procédé à la troisième année de mandat des délégués, et en tant que de besoin, à des élections partielles au sein de la section de vote « professionnelle » E.

Ces élections partielles visent à pourvoir soit au(x) siège(s) devenu(x) vacant(s) en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs de la section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Le mandat de ce(s) délégué(s) expire aux élections générales suivantes. Les délégués sont rééligibles.

18.3 Section de vote « Europe »

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « Europe » procèdent, en application de l'article L.114-6 alinéa 3 du Code de la Mutualité, à la désignation de délégués représentant les membres honoraires et de délégués représentant les membres participants à raison d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires.

Dès lors qu'elles en informent le président du conseil d'administration au moins trois mois avant la tenue de l'assemblée générale annuelle, lesdites personnes morales peuvent procéder, chaque année, à des désignations de délégués afin de pourvoir soit à un poste devenu vacant en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs d'une section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Pour ce dernier cas, l'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à désigner, est le nombre de membres participants et honoraires au 1^{er} juillet de l'année précédant cette désignation.

Section 2

Réunions

Article 19 • Convocation

L'assemblée générale est convoquée au moins une fois par an par le président du conseil d'administration.

Elle peut également être convoquée par les personnes et dans les conditions visées à l'article L.114-8 du Code de la Mutualité, en particulier :

- par la majorité des administrateurs composant le conseil ;
- par les commissaires aux comptes de la Mutuelle ;
- par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution d'office ;
- par un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ;
- par les liquidateurs.

Article 20 • Modalités de convocation

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion, dans les conditions prévues par les articles D.114-1 et suivants du Code de la Mutualité.

La convocation est adressée à chaque délégué.

Lorsqu'une assemblée générale n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée six jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

Article 21 • Ordre du jour

L'ordre du jour des assemblées générales est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations selon les modalités prévues par l'article D.114-3 du Code de la Mutualité.

L'assemblée générale ne délibère en principe que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Toutefois, d'une part, le quart au moins des délégués composant l'assemblée générale peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de projets de résolutions qui sont alors soumis au vote de cette dernière à la condition que leurs demandes aient été adressées par lettre recommandée avec accusé de réception au président de la Mutuelle, cinq jours au moins avant la date de réunion de l'assemblée générale.

D'autre part, lorsqu'elle est réunie, l'assemblée peut, de sa propre initiative, révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration, procéder à son (leur) remplacement conformément aux dispositions des articles L.114-9 et L.114-16 du Code de la Mutualité et prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la Mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

Section 3

Pouvoirs – Délibérations

Article 22 • Pouvoirs de l'assemblée générale

L'assemblée générale statue obligatoirement sur toutes les questions qui lui sont réservées par l'article L.114-9 du Code de la Mutualité, à savoir :

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- le montant des droits d'adhésion, lorsqu'ils sont prévus par les statuts ; ce montant ne peut varier que dans des limites fixées par décret ; en tout état de cause, il est fixé une fois par an et est le même pour toutes les adhésions de l'exercice ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle ou de l'union, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44, L.114-45 et L.221-19 du Code de la Mutualité ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité ;
- le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les Livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du Code de la Mutualité ;
- le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la Mutualité ;
- l'élection des membres du conseil d'administration ;
- l'attribution d'indemnités aux administrateurs dans le cadre des dispositions prévues par le Code de la Mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles et les opérations collectives mentionnées respectivement au II et au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité.

Article 23 • Modalités de vote des délibérations

- I. Sous réserve des stipulations du II ci-après, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance

ou par vote électronique est égal au quart au moins du total des délégués composant l'assemblée générale.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée est convoquée dans les conditions prévues à l'article 20 ci-dessus. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique.

Les décisions sont prises, dans les deux cas, à la majorité simple des suffrages exprimés.

- II. Lorsqu'elle se prononce sur les modifications des statuts, les activités exercées, le fonds d'établissement, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles en matière d'opérations individuelles et en matière d'opérations collectives, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une nouvelle mutuelle ou union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique est au moins égal à la moitié du total des délégués composant l'assemblée générale.

Si cette condition n'est pas remplie, une seconde assemblée générale peut être convoquée dans les conditions prévues à l'article 20 et délibère valablement si le nombre des délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique est au moins égal au quart du total des délégués composant l'assemblée générale.

Les décisions sont adoptées, dans les deux cas, à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Article 24 • Modalités de vote par procuration, par correspondance ou par vote électronique

Le délégué peut voter par procuration, par correspondance ou recourir au vote électronique.

En cas de vote par procuration, le délégué empêché peut s'y faire représenter par un autre délégué de la Mutuelle, sans toutefois que le nombre de voix exprimées par un même délégué puisse excéder trois, y compris la sienne.

Un formulaire de vote par procuration sera remis à tous les délégués lors de l'envoi de la convocation. Le texte des résolutions ainsi qu'un exposé des motifs sont joints au formulaire de vote par procuration.

Le délégué empêché devra signer le formulaire et y indiquer ses nom, prénom et domicile ainsi que ceux du mandataire.

Article 25 • Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la Mutualité.

Les modifications des statuts et du règlement intérieur sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

Chapitre II

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1

Composition, élections

Article 26 • Composition

La Mutuelle est administrée par un conseil d'administration comprenant au plus 35 administrateurs.

Le conseil d'administration comprend, outre les administrateurs, deux représentants des salariés.

Les administrateurs sont élus par les membres de l'assemblée générale parmi les membres participants et honoraires.

Le conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.

La représentation de chaque sexe au sein du Conseil ne pourra être inférieure à 40 % de la totalité des membres.

Le nombre des administrateurs âgés de plus soixante-huit ans ne peut excéder le tiers - arrondi au nombre immédiatement supérieur - des administrateurs en fonction. Lorsque cette proportion du tiers est dépassée, l'administrateur le plus âgé est réputé démissionnaire d'office. Lorsque le dépassement de ce seuil trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur ayant plus de soixante-huit ans, celui-ci est réputé démissionnaire d'office.

Article 27 • Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

Est éligible au conseil d'administration, en qualité d'administrateur, tout membre de la Mutuelle, à la condition :

- d'être à jour de ses cotisations ;

- d'être âgé de dix-huit ans révolus ;
- de ne pas avoir été, au cours des trois années précédant l'élection, salarié de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles cette dernière constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité ;
- de n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Article 28 • Cumul des mandats

Une même personne ne peut appartenir simultanément en qualité d'administrateur à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations déduction faite des mandats détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

Le président ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de président du conseil d'administration d'une fédération ou d'une union ou d'une mutuelle. Dans le décompte des mandats de président ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

Article 29 • Modalités de l'élection des administrateurs

Conformément aux dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par l'assemblée générale au scrutin majoritaire à un tour ; dans le cas où des candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Article 30 • Durée et fin du mandat

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans. Le renouvellement du conseil d'administration a lieu par moitié tous les trois ans.

Leurs fonctions expirent à l'issue de l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice écoulé et réunie dans l'année d'expiration de leur mandat.

Les administrateurs sont rééligibles deux fois.

∴ Cooptation

Toutefois, en cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le conseil d'administration avant la réunion de l'assemblée générale.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche assemblée générale. Si la nomination faite par le conseil d'administration n'est pas ratifiée par ladite assemblée générale, cela n'entraîne pas la nullité des délibérations auxquelles a pris part cet administrateur.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'assemblée générale achève le mandat de son prédécesseur.

∴ Démission

Les administrateurs sont déclarés démissionnaires d'office par le conseil d'administration et cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées au dernier alinéa de l'article 26 ;
- à défaut d'avoir présenté leur démission, dans les conditions définies à l'article L.114-23 du Code de la Mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la Mutuelle est le plus récent ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité ;
- en cas d'incapacité ou d'incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire.

∴ Révocation

Un administrateur peut être révoqué par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration en cas d'absence sans motif valable à 3 séances consécutives.

En cas de manquement aux missions d'administrateur, l'assemblée générale peut décider de révoquer un administrateur sur proposition motivée du conseil d'administration.

Article 31 • Représentation des salariés au conseil d'administration

Dans le cadre de la représentation des salariés prévue par l'article L.114-16-2 du Code de la Mutualité et ainsi que prévu dans l'article 26 des statuts, deux représentants des salariés assistent avec voix délibérative aux réunions du conseil d'administration.

Les représentants des salariés sont élus conformément aux dispositions de l'article L.114-16-2 du Code de la Mutualité. Leur mandat est d'une durée de 6 ans.

En cas de vacance pour quelque cause que ce soit d'un poste de représentant des salariés, le siège vacant est pourvu par le candidat figurant sur la même liste immédiatement après le dernier candidat élu, pour la durée du mandat restant à courir.

Section 2

Réunions

Article 32 • Convocation et réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président toutes les fois que l'intérêt de la Mutuelle l'exige, et au moins trois fois par an.

Les convocations sont adressées aux administrateurs cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence. La situation d'urgence est souverainement appréciée par le président.

Le président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration.

Article 33 • Délibérations

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Sont réputés présents, pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du conseil d'administration qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, dans les conditions définies au règlement intérieur.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du président ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Les administrateurs, et toutes les personnes présentes aux réunions du conseil d'administration, sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements ou informations confidentielles.

Section 3

Pouvoirs - Délégations

Article 34 • Pouvoirs

Le conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi, et en particulier à la clôture de chaque exercice :

- il arrête les comptes annuels ;
- il établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L 114-17 du Code de la Mutualité ;
- il approuve annuellement :
 - le rapport sur la loi de transition énergétique ;
 - le rapport annuel sur les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable ;
 - les rapports narratifs SFCR et RSR ;
 - le rapport ORSA, le rapport de contrôle interne « Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme » ;
 - le rapport actuariel ;
- en tant que de besoin, un rapport, présenté à l'assemblée générale, dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité ;

Il organise le contrôle interne. Il approuve annuellement les différentes politiques écrites instituées par le régime prudentiel Solvabilité 2.

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions-clés.

Toute convention relevant des dispositions de l'article L114-32 du Code de la Mutualité sur les conventions règlementées, lui est soumise pour autorisation préalable.

Il dispose pour pourvoir au bon fonctionnement de la Mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale ou à un autre organe de la Mutuelle.

Le conseil d'administration :

- adopte et modifie les règlements mutualistes des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des orientations générales fixées par l'assemblée générale ;
- fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations individuelles et des opérations collectives mentionnées respectivement au II et au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration.

Le conseil d'administration rend compte des décisions qu'il prend en la matière, devant l'assemblée générale qui en prend acte, par le vote d'une résolution.

Il peut créer, en son sein, des commissions et des comités temporaires ou permanents.

Article 35 • Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par le conseil d'administration s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle, aux principes et règles générales fixés par l'assemblée générale, au Code de la Mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations et des règlements mutualistes sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

Article 36 • Délégations

Le conseil d'administration peut déléguer certains de ses pouvoirs, sous sa responsabilité et son contrôle :

- soit au président, dirigeant effectif,
- soit au directeur général, dirigeant opérationnel,
- soit à un comité exécutif,
- soit à un ou plusieurs administrateurs,
- soit à un ou plusieurs de ses comités spécialisés.

Section 4

Statut des administrateurs

Article 37 • Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, la Mutuelle peut verser aux administrateurs des indemnités et leur rembourser leurs frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants, dans les conditions prévues par les articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la Mutualité.

Article 38 • Incompatibilités

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, des rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Article 39 • Obligations des administrateurs

Les administrateurs sont tenus à une obligation de réserve et au secret des délibérations.

Il leur est interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des présents statuts.

Ils sont tenus de faire connaître à la Mutuelle :

- les mandats d'administrateur qu'ils exercent dans d'autres organismes mutualistes ainsi que toute modification apportée sur ce point à leur situation ;
- les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Article 40 • Responsabilité des administrateurs

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, du non-respect des statuts ou des fautes commises dans la gestion de la Mutuelle.

Chapitre III

PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET COMITÉ EXÉCUTIF

Section 1

Président, dirigeant effectif

Article 41 • Élection et révocation

Le conseil d'administration élit, parmi ses membres, un président qui est élu en qualité de personne physique et qu'il peut, à tout moment, révoquer.

Le président est élu, à bulletin secret, au scrutin majoritaire uninominal à deux tours, pour une durée de trois ans. Le mandat est renouvelable deux fois.

Pour être élu au 1^{er} tour, il faut obtenir la majorité absolue des suffrages exprimés. En cas de ballottage seuls les deux candidats ayant obtenu le plus de suffrages exprimés peuvent se présenter au second tour. La majorité relative suffit pour être élu au second tour.

Le président est élu au cours de la première réunion du conseil d'administration qui suit la constitution initiale ou le renouvellement du conseil d'administration.

Le président dirige effectivement la Mutuelle au sens de l'article L.211-13 du Code de la Mutualité.

Outre le président du conseil d'administration, une ou plusieurs autres personnes physiques peuvent être désignées comme dirigeants effectifs par le conseil d'administration, sur proposition de son président, dans les conditions prévues par l'article R.211-15 du Code de la Mutualité.

Article 42 • Vacance de la présidence

En cas de décès, de démission, d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire du président ou lorsqu'il perd la qualité de membre, il est pourvu dans les meilleurs délais à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection pour la durée du mandat qui reste à courir.

Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le vice-président délégué, et à défaut par un vice-président, élus dans les conditions prévues à l'article 45, à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président délégué, et à défaut un vice-président, à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Section 2

Pouvoirs du président

Article 43 • Pouvoirs

Le président organise et dirige les travaux du conseil d'administration qu'il convoque et dont il établit l'ordre du jour des réunions.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure, en particulier, que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il donne son avis aux commissaires aux comptes sur toutes les conventions autorisées et communique à ces derniers comme au conseil d'administration la liste et l'objet de toutes les conventions portant sur des opérations courantes et qui sont conclues, en particulier, entre la Mutuelle et un administrateur, directement ou par personne interposée, conformément aux exigences de l'article L.114-33 du Code de la Mutualité.

Il engage les recettes et les dépenses.

Il représente la Mutuelle en justice, tant en demande qu'en défense, et dans tous les actes de la vie civile.

Il peut mandater un autre administrateur afin qu'il représente la Mutuelle dans les cas visés à l'alinéa précédent, mais pour des affaires qu'il précise.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier, au directeur général de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Sous réserve de l'obtention de l'accord préalable du conseil d'administration, chaque délégué pourra à son tour déléguer les pouvoirs qu'il a ainsi reçus.

Section 3

Directeur général, dirigeant opérationnel

Article 44 • Nomination – attributions – vacance

Le conseil d'administration nomme, sur proposition du président du conseil d'administration, le dirigeant opérationnel, personne physique qui ne peut être un administrateur. Il peut mettre fin aux fonctions du dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le dirigeant opérationnel porte également le titre de directeur général.

Le directeur général assure, avec le président du conseil d'administration, la direction effective de la Mutuelle.

Le conseil d'administration approuve les éléments du contrat de travail du directeur général et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

Le directeur général exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration, dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci et dans la limite de la délégation qui lui est consentie.

Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Le directeur général propose au conseil d'administration la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du Code de la Mutualité lesquels sont placés sous son autorité.

Il soumet également à l'approbation du conseil d'administration, les procédures définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative le conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du directeur général et tout autre dirigeant effectif salarié si les membres du conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant le comité exécutif

de la Mutuelle, lequel revêt la qualité du comité spécialisé prévu à l'article L.211-13 du Code de la Mutualité.

En cas de vacance définitive du directeur général pour cause de décès, démission ou pour toute autre cause, un nouveau directeur général, dirigeant opérationnel est nommé par le conseil d'administration dans les meilleurs délais.

Section 4

Comité exécutif

Article 45 • Composition

Le comité exécutif, comité de réflexion stratégique du conseil d'administration, est composé d'un maximum de 7 à 9 membres élus par le conseil d'administration en son sein, comprenant outre le président du conseil d'administration :

- un vice-président ;
- un secrétaire général ;
- un trésorier général.

Le conseil d'administration peut élire parmi les membres du comité exécutif :

- un vice-président délégué ;
- un secrétaire général adjoint ;
- un trésorier général adjoint.

Les membres du comité exécutif sont élus pour trois ans par le conseil d'administration, en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Le conseil d'administration peut élire des membres du comité exécutif à tout moment, notamment en cas de vacance, pour la durée restant à courir du mandat.

Les mandats de président et secrétaire général sont renouvelables deux fois.

La représentation de chaque sexe au sein du comité ne pourra être inférieure à 40 % de la totalité des membres.

De même, la moyenne d'âge ne pourra excéder 60 ans étant précisé qu'en cas de dépassement, le membre le plus ancien sera réputé démissionnaire d'office. Il sera procédé à son remplacement par le conseil d'administration.

Ce comité pourra accueillir, en outre, des membres du comité de direction générale de la Mutuelle.

Article 46 • Vice-président et vice-président délégué

En cas d'indisponibilité temporaire du Président, le vice-président, ou le vice-président délégué, lorsque cette fonction a été pourvue par le conseil d'administration, assume les fonctions du président prévues à l'article L.114-18 du Code de la Mutualité.

Article 47 • Secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la validation des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des membres.

En cas de vacance du secrétaire général, le conseil d'administration peut pourvoir provisoirement à son remplacement par un nouveau membre qui achève le mandat de son prédécesseur.

Article 48 • Trésorier général

Le trésorier général préside le comité des finances de la Mutuelle.

Il présente au conseil d'administration un rapport annuel sur la situation financière de la Mutuelle.

En cas de vacance du trésorier général, le conseil d'administration peut pourvoir provisoirement à son remplacement par un nouveau membre qui achève le mandat de son prédécesseur.

Article 49 • Réunions et délibérations

Le comité exécutif se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. Il prépare les réunions du conseil d'administration.

Le président peut inviter des personnes extérieures au comité exécutif à assister aux réunions.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

Chapitre IV

MANDATAIRES MUTUALISTES

Article 50 • Définition

Le mandataire mutualiste, en application de l'article L.114-37-1, est une personne physique, distincte de l'administrateur mentionné à l'article L.114-16, qui apporte à une mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout

contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre de ou des mandats pour lesquels il a été statutairement désigné ou élu.

Peuvent bénéficier du statut de mandataire mutualiste, sous réserve de décision du conseil d'administration en ce sens :

- les délégués à l'assemblée générale ;
- les délégués territoriaux et régionaux.

Article 51 • Mandataire mutualiste

La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Cependant, leur frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent leur être remboursés dans les mêmes conditions définies et dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

Chapitre V

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les mandats des membres des comités du conseil d'administration ont une durée de trois ans.

Section 1

Comité d'audit et des risques

Article 52 • Composition

La composition du comité d'audit et des risques est fixée dans le règlement intérieur dudit comité, conformément aux dispositions de l'article L. 114-17-1 du Code de la Mutualité. Ses membres sont désignés par le conseil d'administration.

Article 53 • Missions

Conformément aux dispositions des articles L.114-17-1 et L.212-3-2 du Code de la Mutualité et L.823-19 du Code de Commerce, le comité d'audit et des risques est chargé :

- de suivre le processus d'élaboration de l'information financière ;
- de suivre le processus d'élaboration des comptes annuels de la Mutuelle, d'examiner les hypothèses retenues pour les arrêtés de compte et d'étudier la pertinence du choix des principes et méthodes comptables ;
- d'assurer le suivi de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques ;
- de s'assurer d'un dispositif de contrôle interne et de son efficacité ;
- d'émettre une recommandation sur les commissaires aux comptes lors de leur désignation ou de leur renouvellement par l'assemblée générale ;
- de surveiller l'exécution de la mission des commissaires aux comptes, leur mode de rémunération et leur indépendance ;
- d'approuver la fourniture des services mentionnés à l'article L. 822-11-2 du Code de Commerce.

Le comité d'audit et des risques rend compte régulièrement au conseil d'administration de l'exercice de ses missions, ainsi que des résultats de la mission de certification des comptes, de la manière dont cette mission a contribué à l'intégrité de l'information financière et du rôle qu'il a joué dans ce processus. Il l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

Au-delà de ces missions, le comité d'audit et des risques peut se voir confier d'autres missions détaillées dans son règlement intérieur.

Article 54 • Fonctionnement

Les modalités de fonctionnement du comité d'audit et des risques sont précisées dans le règlement intérieur du comité d'audit et des risques.

Le règlement intérieur du comité d'audit et des risques est établi par le conseil d'administration.

Section 2

Comité des finances

Article 55 • Composition

Le comité des finances comprend 8 à 10 membres dont le trésorier général qui en est membre de droit. Les membres, autres que le trésorier général, sont désignés, pour une durée de trois ans, par le conseil d'administration étant précisé que deux membres doivent être choisis en dehors des administrateurs.

Article 56 • Missions

Le comité a notamment la charge :

- d'instruire les dossiers dont le comité exécutif a acté les principes directeurs : budget, business plan,
- de suivre l'exécution budgétaire,
- d'étudier les comptes annuels, solo et pallier de combinaison,

- d'analyser les prises de participation,
- d'étudier les dossiers de financement des grands projets,
- de vérifier l'exécution de la politique d'investissement (placements et immobilier).

Article 57 • Fonctionnement

Le comité est présidé par le trésorier général.

Le président du comité a pour rôle de convoquer et animer les réunions du comité et de rendre compte au conseil d'administration en présentant notamment le rapport sur la situation financière.

Le comité se réunit au moins 4 fois par an.

Un règlement intérieur du comité peut être établi par le conseil d'administration.

Section 3 Comité des mandats et d'éthique

Article 58 • Comité des mandats et d'éthique

Instance collégiale et mixte présidée par le secrétaire général et composée d'administrateurs désignés par le conseil, le comité des mandats et d'éthique est chargé :

- d'étudier tous les mandats de représentation qui sont proposés au conseil ;
- d'examiner les cas dont il aurait été saisi et de prononcer, en toute indépendance, les sanctions aux manquements à l'éthique qui se matérialiseraient par le non-respect des règles énoncées dans la charte éthique de la Mutuelle.

Sa composition est fixée dans le règlement intérieur dudit comité.

Section 4 Comité de mission

Article 59 • Suivi de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux de la Mutuelle

59.1. Création d'un comité de mission, distinct des organes sociaux
Conformément aux dispositions législatives et réglementaires issues de la Loi PACTE et notamment l'article 110-1-1 du Code de la Mutualité, la mutuelle est dotée d'un comité de mission, distinct des organes sociaux.

59.2. Composition du comité de mission

Le comité de mission est composé d'un nombre de membres compris entre sept et neuf. Les membres du comité de mission sont des personnes physiques désignées par le conseil d'administration. Un de ces membres au moins est désigné parmi les salariés de la Mutuelle.

Les membres du comité de mission sont désignés pour une durée de trois exercices. Leur mandat est renouvelable dans les limites fixées dans le règlement intérieur dudit comité.

59.3. Attributions du comité de mission

Le comité de mission est chargé exclusivement du suivi de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux de la Mutuelle tels que définis à l'article 3.2 des présents statuts. Il n'a aucun pouvoir de décision ou de représentation vis-à-vis des tiers.

Il présente annuellement un rapport joint au rapport de gestion du conseil d'administration, à l'assemblée chargée de l'approbation des comptes de la Mutuelle.

Le comité procède à toute vérification qu'il juge opportune et se fait communiquer tout document nécessaire au suivi de l'exécution de la mission.

L'exécution des objectifs sociaux et environnementaux mentionnés à l'article 3.2 des présents statuts fait l'objet d'une vérification par un organisme tiers indépendant. Cette vérification donne lieu à un avis joint au rapport du comité de mission à l'assemblée générale.

Cet organisme tiers indépendant est désigné par le conseil d'administration de la Mutuelle pour une durée initiale qui ne peut excéder six exercices. Cette désignation est renouvelable, dans la limite d'une durée totale de douze exercices.

59.4. Fonctionnement du comité de mission

Les règles relatives au fonctionnement du comité de mission sont définies dans un règlement intérieur qui sera établi par le conseil d'administration de la Mutuelle.

Chapitre VI

DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Section 1 Produits et charges

Article 60 • Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- les droits d'adhésion et les cotisations des membres participants et honoraires afférents à l'activité de la Mutuelle ;

- les produits financiers ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers.

Plus généralement, toutes autres ressources non interdites par la loi, conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts, redevances.

Article 61 • Charges

Les charges de la Mutuelle comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayants droit ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements faits aux unions et fédérations ;
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- le cas échéant, les cotisations versées au système fédéral de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française prévu à l'article L.111-6 du Code de la Mutualité ;
- la redevance prévue à l'article L.951-1.2 du Code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) pour l'exercice de ses missions.

Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Section 2 Autres dispositions

Article 62 • Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 euros.

Il est prélevé sur les réserves de la Mutuelle.

Ce montant pourra être augmenté par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 23-II des présents statuts.

Article 63 • Fonds de garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie créé par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Article 64 • Exercice comptable

Conformément aux dispositions de l'article II.1.6 du règlement 2002-06 du 12 décembre 2002 relatif au plan comptable des mutuelles relevant du Code de la Mutualité et assumant un risque d'assurance :

- l'exercice comptable de la Mutuelle commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre de chaque année ;
- le premier exercice est clôturé le 31 décembre 2012.

Titre III ORGANISATION TERRITORIALE ET RÉGIONALE DE LA MUTUELLE

Chapitre I

LES TERRITOIRES

Article 65 • Définition des territoires

Pour favoriser et faire vivre la proximité entre la Mutuelle et ses membres participants et honoraires, ceux-ci sont regroupés géographiquement, au sein de territoires en fonction de leur lieu de domicile.

L'objet, le nombre et l'étendue de ces territoires, leur organisation et leurs attributions sont définis dans le règlement intérieur.

Chaque territoire est doté d'une assemblée de territoire composée de délégués territoriaux et des délégués à l'assemblée générale issus du territoire.

Chapitre II

LES RÉGIONS

Article 66 • Définition des régions

Les régions regroupent l'ensemble des territoires définis à l'article 64.

La région est un lieu d'échange et de coordination, notamment en termes de diffusion d'information, entre les territoires qui la composent d'une part et entre lesdits territoires et l'organisation centrale de la Mutuelle d'autre part.

Les régions sont garantes de l'articulation entre le conseil d'administration et les territoires et donnent l'impulsion et la cohésion aux actions des élus.

Leur objet, le nombre et l'étendue de ces régions, leur organisation et leurs attributions sont définis dans le règlement intérieur.

L'assemblée de région est composée des délégués régionaux et des délégués à l'assemblée générale issus de la région.

Les délégués régionaux sont élus parmi les délégués territoriaux des territoires composant la région.

Article 67 • Volontaires Mutualistes

La Mutuelle peut également admettre avec voix consultative, des personnes physiques qui apportent à la Mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole à des actions menées en faveur de la Mutuelle et de ses adhérents.

Ces personnes dénommées « volontaires mutualistes » sont désignées selon des modalités définies dans le règlement intérieur.

Titre IV

DISSOLUTION ET LIQUIDATION

Article 68 • Dissolution et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 23- II ci-dessus.

L'assemblée générale nomme un (ou plusieurs) liquidateur(s) qui peu(vent) être choisi(s) parmi les membres du conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'assemblée générale régulièrement constituée conserve, pendant la liquidation, les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a eu lieu, des pouvoirs spéciaux au(x) liquidateur(s).

L'assemblée générale qui se prononce sur la dissolution et qui statue dans les conditions prévues au I de l'article L.114-12 désigne le ou les attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif. Ces attributaires sont d'autres mutuelles, unions ou fédérations, le fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L.421-1, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1. À défaut de dévolution, par l'assemblée générale ayant prononcé la dissolution, de l'excédent de l'actif net sur le passif, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1.

Titre V

INFORMATION DES MEMBRES

Article 69 • Étendue de l'information

Chaque membre de la Mutuelle reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste et, en tant que de besoin, des notices d'information correspondant aux contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire souscrits auprès de la Mutuelle ou par la Mutuelle au profit de l'ensemble de ses membres ou d'une catégorie d'entre eux.

Chaque membre est informé par tout moyen dont la revue de la Mutuelle :

- des modifications apportées aux documents précités ;
- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ;
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 70 • Protection des données à caractère personnel

Les données relatives aux membres participants, leurs ayants droit et membres honoraires constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données »), ainsi que par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La Mutuelle s'engage, dans le cadre des différents traitements qu'elle est amenée à mettre en œuvre au titre la réalisation de son objet et des activités définies à l'article 3 des présents Statuts, à respecter toutes les obligations posées par ces différentes réglementations, et notamment à ne pas utiliser les données à caractère personnel des membres et ayants droit à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes.

La Mutuelle s'engage également, en tant que responsable de traitement, à traiter loyalement les données des membres et ayants droit et à leur permettre, au travers des différents documents d'information ou supports de collecte de données, de connaître la raison de la collecte des différentes données les concernant, de comprendre le traitement qui sera fait de leurs données et d'assurer la maîtrise de leurs données, en facilitant l'exercice de leurs droits.

Titre VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 71 • Fonds d'action sociale

Un fonds d'action sociale est créé dans le but d'aider à titre exceptionnel les membres participants et leurs ayants droit.

Les sommes destinées à alimenter ce fonds sont votées lors de l'établissement du budget annuel de la Mutuelle et approuvées en assemblée générale. Elles sont prélevées uniquement sur les fonds disponibles de la Mutuelle après constitution des réserves et des provisions techniques exigées par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

L'octroi des aides relève de la compétence du conseil d'administration, qui peut déléguer à des commissions territoriales, le soin de décider de cette attribution.

Article 72 • Médiation

En cas de difficultés liées, en particulier, à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, les membres participants et honoraires peuvent saisir le médiateur de la Mutuelle. Celui-ci est désigné conformément aux dispositions des articles L.611-1 et suivants et R.612-1 et suivants du Code de la consommation.

Titre VII

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE (UMG) GROUPE VYV

Article 73 • Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la Mutuelle à l'UMG GROUPE VYV

La Mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe GROUPE VYV telle que définie à l'article L.111-4-2 du Code de la Mutualité.

À ce titre, la Mutuelle s'engage au respect des dispositions des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment celles imposant de :

- permettre la participation des dirigeants de l'UMG aux instances de la Mutuelle ;
- se conformer aux décisions du conseil d'administration de l'UMG dans les domaines placés sous contrôle stratégique du Groupe ;
- recueillir l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies dans les statuts de l'UMG ou dans la convention d'affiliation ;
- soumettre à l'agrément du conseil d'administration de l'UMG la nomination du dirigeant opérationnel et autres dirigeants effectifs salariés de la Mutuelle, ainsi que celle de ses responsables des fonctions clés, préalablement à leur désignation par le conseil d'administration de celle-ci ;
- soumettre au vote du conseil d'administration de la Mutuelle, à la demande expresse du conseil d'administration de l'UMG, la révocation du dirigeant opérationnel et/ou des autres dirigeants effectifs salariés et/ou la destitution de tout ou partie des responsables des fonctions clés de la Mutuelle ;
- se prêter aux audits diligentés par le conseil d'administration de l'UMG dans les conditions prévues dans la convention d'affiliation, et se conformer à leurs préconisations et à leurs modalités de suivi.

Plus généralement, la Mutuelle s'engage à se conformer aux mécanismes traduisant d'une part l'influence dominante du nouveau Groupe sur ses mutuelles affiliées et d'autre part la solidarité financière, ainsi qu'à se soumettre aux pouvoirs de contrôle et de sanction de celui-ci.

Les dispositions et engagements pris au titre du présent article complètent les articles des présents statuts qui portent le cas échéant sur les mêmes sujets ; en cas de contradiction, ces dispositions et engagements prévalent.

Règlement intérieur de la Mutuelle

Mis à jour par l'assemblée générale du 28 juin 2022

Préambule

Le règlement intérieur vient compléter les statuts de la Mutuelle et préciser ses règles de fonctionnement.

Titre I LES TERRITOIRES DE LA MUTUELLE

Chapitre I

OBJET - DÉFINITION

Article 1 • Objet

Dans le but de faire participer activement les membres participants et honoraires de la Mutuelle à la vie et au développement de celle-ci, des territoires sont créés. Au sein des territoires, lesdits membres pourront se faire représenter au sein des assemblées de territoire et des conseils de territoire. Les conditions de représentation sont définies par les règlements des territoires.

Les territoires ont vocation à favoriser, dans le cadre d'une mission consultative et de coordination, les actions de la Mutuelle.

Ils ne sont pas un lieu décisionnel en matière d'activité d'assurance de la Mutuelle et de gestion de cette activité. En revanche, les territoires peuvent être un lieu de débat et de proposition sur ces sujets de manière à alimenter les réflexions des instances de la Mutuelle.

Le territoire constitue l'espace dans lequel les délégués s'organisent pour faire vivre la proximité.

C'est un lieu :

- de débat sur tous les sujets qui concernent la Mutuelle, tant locaux que nationaux ;
- d'action en matière de partenariats locaux, de communication locale, d'action sociale, et de prévention ;
- d'intégration où se forge la culture d'appartenance à la Mutuelle, à ses principes et ses valeurs.

Des rencontres locales ouvertes aux membres participants et honoraires sont organisées au sein du territoire.

Article 2 • Définition des territoires

La Mutuelle est organisée en territoires.

Le territoire correspond a minima à un département et au plus à une région administrative.

Par principe, les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont rattachés au territoire du lieu de leur domicile principal. Par exception, et sur autorisation d'une commission électorale constituée par le conseil d'administration, les membres participants et honoraires peuvent être rattachés à un autre territoire notamment en fonction de leur lieu de domicile secondaire ou de leur lieu de travail, afin d'accroître leurs disponibilités.

Les territoires sont regroupés en régions définies ci-après.

Ces territoires sont dénommés et répartis géographiquement ainsi qu'il suit : cf. liste des territoires et des régions p. 15.

Les membres participants et honoraires de la Mutuelle ayant adhéré et résidant soit :

- dans un État qui n'est pas partie à l'Espace Économique Européen
- dans un État partie à l'Espace Économique Européen et dont l'adhésion est à titre individuel
- soit en France non métropolitaine (ex : départements et régions d'Outremer)

sont rattachés au territoire « Ile-de-France ».

Les élus de la Mutuelle tirent leur légitimité du territoire qui constitue aussi le socle géographique des élections.

Chaque territoire dispose de son propre règlement établi sur la base d'un projet de règlement type susceptible d'aménagement en fonction des spécificités dudit territoire.

Le règlement type du territoire est approuvé par le conseil d'administration.

Chapitre II

LES ASSEMBLÉES DE TERRITOIRE

Article 3 • Composition

Chaque territoire est doté d'une assemblée de territoire composée de délégués territoriaux et des délégués à l'assemblée générale issus du territoire.

Les délégués territoriaux représentent :

- les membres participants et honoraires au sein du territoire ;
- la Mutuelle auprès des membres participants et honoraires.

Les volontaires mutualistes définis à l'article 66 des statuts sont désignés soit par le conseil d'administration, soit par le conseil de région, sur proposition des présidents de territoire, parmi les membres participants ou honoraires qui résident dans le territoire concerné, ou en dehors des membres de la Mutuelle dès lors qu'ils justifient un domicile dans ledit territoire.

La composition de l'assemblée de territoire, y compris le nombre de délégués territoriaux et les modalités de représentation à l'assemblée, est définie dans le règlement du territoire.

Article 4 • Attributions - Convocation - Réunions

Les assemblées de territoire ont notamment pour objet d'animer la relation de proximité avec les membres participants et honoraires.

Il appartient à l'assemblée de territoire :

- d'élire les membres du conseil du territoire ;
- d'élire les délégués de la région à laquelle le territoire qu'elle représente est rattaché ;
- de contrôler l'activité du conseil de territoire.

Les attributions sont limitées au domaine d'action des territoires tel qu'il est précisé à l'article 2 ci-dessus.

Les attributions et les modalités de convocation et de fonctionnement des assemblées de territoire sont précisées dans les règlements de territoire.

Chapitre III

LES CONSEILS DE TERRITOIRE

Article 5 • Composition

Chaque territoire est doté d'un conseil de territoire dont les membres sont élus par l'assemblée de territoire dans des conditions définies au règlement des territoires.

Article 6 • Attributions

Les attributions des conseils de territoire sont précisées elles-mêmes dans les règlements des territoires. Elles ne peuvent en aucun cas porter sur les domaines de compétence dévolus à l'assemblée de territoire, à l'assemblée générale et au conseil d'administration de la Mutuelle, ou sur la gestion du régime des cotisations et prestations de celle-ci.

Chaque conseil de territoire peut proposer des modifications du règlement de territoire. Ces modifications seront ensuite soumises à l'approbation du conseil d'administration de la Mutuelle.

Le conseil de territoire met en place des commissions permanentes, en concertation avec le conseil de région, qui sont définies au règlement de territoire approuvé par le conseil d'administration.

Il peut créer également des commissions temporaires en concertation avec le conseil de région de rattachement du territoire et dans le cadre de la politique de la Mutuelle.

Le conseil d'administration est saisi des différends pouvant apparaître entre un conseil de territoire et son conseil de région.

Article 7 • Convocation - Réunions

L'organisation et le déroulement des réunions des conseils de territoire sont définis dans les règlements de territoire.

Article 8 • Les présidents des conseils de territoire

Le conseil de territoire élit un président de territoire, en son sein.

Les modalités d'élection, conditions d'exercice du mandat et les pouvoirs du président de territoire sont définis dans le règlement de territoire.

Chapitre IV

LE PARLEMENT DES TERRITOIRES

Article 9 • Objet

Il est constitué un parlement des territoires dont l'objet est :

- de témoigner sur la vie des territoires et de conduire des réflexions pour leur évolution ;
- de s'assurer de la bonne dynamique du développement du militantisme sur les territoires ;

- de contribuer également à une réflexion et un débat sur une thématique proposée par la Mutuelle. Cette thématique est centrée sur des projets, ou des évolutions portant sur les services de la Mutuelle, ou sur des enjeux de santé, de société, de protection sociale, ou du système de santé.

La composition et les modalités de fonctionnement du parlement des territoires sont définies dans le règlement de territoire.

Titre II

LES RÉGIONS DE LA MUTUELLE

Chapitre I

OBJET - DÉFINITION

Article 10 • **Objet**

Les régions ont pour principal but de créer un « relais » entre le territoire et l'organisation centrale de la Mutuelle. Elles permettent la coordination des politiques territoriales. C'est un lieu :

- de partage des expériences territoriales ;
- de coordination et de soutien afin de rendre cohérentes les politiques sur les territoires avec les orientations nationales ;
- d'enrichissement des réflexions et initiatives territoriales avant transfert au conseil d'administration ;
- de suivi des commissions nationales et d'élaboration de propositions ;
- d'arbitrage des conflits éventuels dans les territoires.

Par délégation et sous le contrôle du conseil d'administration, le conseil de région gère, coordonne et contrôle les mandats locaux externes de la Mutuelle. Le conseil d'administration se garde la possibilité de mettre fin à tout mandat externe.

Article 11 • **Définition des régions**

Les territoires de la Mutuelle sont regroupés en régions. Ces régions sont dénommées et réparties géographiquement ainsi qu'il suit : cf. liste des territoires et des régions p. 15.

Chaque région dispose de son propre règlement établi sur la base d'un projet de règlement type susceptible d'aménagement en fonction des spécificités de ladite région.

Le règlement type de région est approuvé par le conseil d'administration.

Chapitre II

LES ASSEMBLÉES DE RÉGION

Article 12 • **Composition**

L'assemblée de région est composée des délégués régionaux et des délégués à l'assemblée générale issus de la région.

Les délégués régionaux sont élus parmi les délégués territoriaux des territoires composant la région. Le nombre de délégués régionaux et les modalités de représentation à l'assemblée de région sont définies dans le règlement de région.

Les membres de l'assemblée de région ont pour principal rôle d'être acteur de la relation entre les territoires et les instances régionales et nationales. Ils participent à la représentation de la Mutuelle au sein de la Mutualité, des institutions et de l'économie sociale et solidaire.

Article 13 • **Attributions - Convocation - Réunions**

L'assemblée de région élit les membres du conseil de région.

Les attributions, les modalités de convocation et la fréquence des réunions des assemblées de région sont définies et/ou précisées dans le règlement de région.

Chapitre III

LES CONSEILS DE RÉGION

Article 14 • **Composition**

Le conseil de région est composé :

- des présidents des territoires de la région ;
- des membres élus par l'assemblée de région ;
- des membres appartenant au conseil d'administration issus de la région.

Article 15 • **Attributions**

Le rôle des conseils de région est défini dans les règlements de région. Chaque conseil de région peut créer des commissions régionales.

Article 16 • **Convocation - Réunions**

Les attributions, les modalités de convocation et la fréquence des réunions du conseil de région sont définies dans les règlements de région.

Article 17 • **Les présidents des conseils de région**

Le président du conseil de région est désigné par le conseil d'administration parmi les administrateurs membres du dit conseil de région.

Le président de région est membre du conseil d'administration de la Mutuelle qui lui donne mandat pour le représenter en région et mettre en place un fonctionnement efficace de celle-ci.

Les conditions d'exercice du mandat et les pouvoirs du président du conseil de région sont définies dans le règlement de région.

Chapitre IV

LE COMITÉ DES PRÉSIDENTS DE RÉGION

Article 18 • **Composition**

Le comité des présidents de région est composé des présidents de région et de 3 membres maximum issus du comité exécutif de la Mutuelle.

Article 19 • **Attributions - Convocation - Réunions**

Un comité des présidents de région est organisé au moins deux fois par an.

Ce comité permet de témoigner de la vie des régions. Il conduit des réflexions centrées sur la vie des régions.

Les attributions, les modalités de convocation et de réunion du comité des présidents de région sont définies dans les règlements de région.

Titre III

HARMONIE ENTREPRISES ET HARMONIE ESS

Article 20 • **Harmonie Entreprises**

Harmonie Entreprises fédère les sections professionnelles telles que définies à l'article 17 des présents statuts.

Harmonie Entreprises constitue un lieu :

- d'échange et d'information entre le conseil d'administration et les délégués des sections de vote professionnelles ;
- d'étude et de réflexions sur les éléments qui seront présentés par le conseil d'administration à l'assemblée générale ;
- de suivi de l'évolution de la réglementation applicable aux entreprises en matière de santé et complémentaire santé.

Sa composition, son organisation et ses attributions sont définies dans un règlement approuvé par le conseil d'administration.

Article 20 bis • **Harmonie ESS**

Harmonie ESS fédère les membres honoraires souscripteurs d'un contrat collectif entrant dans le champ d'une recommandation établie par une branche du secteur de l'économie sociale et solidaire.

Harmonie ESS est un lieu :

- d'échange et d'information entre le conseil d'administration et les représentants des employeurs et des salariés acteurs du pilotage de la protection sociale dans les branches ;
- d'étude et de réflexions sur les éléments qui seront présentés par le conseil d'administration à l'assemblée générale ;
- de suivi de l'accompagnement des acteurs des structures de l'économie sociale pour développer l'emploi de qualité avec, notamment, la prévention des risques professionnels, la santé et le bien-être au travail et le soutien à la fonction employeur,
- de prospective sur les besoins de protection sociale.

Sa composition, son organisation et ses attributions sont définies par le conseil d'administration.

Titre IV

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Chapitre I

LES SECTIONS DE VOTE

Article 21 • **Définition**

Il est constitué de :

- 11 sections de vote régionales, regroupant des territoires.
2. Une section de vote « professionnelle » D et une section de vote « professionnelle » E.
3. Une section de vote « affinitaire ».

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » D, les membres

participants et les membres honoraires, affiliés à un contrat obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2 du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant au moins 8 000 membres participants et honoraires et, sur demande de ladite personne morale souscriptrice, les membres participants qui adhèrent, en qualité d'anciens salariés de cette dernière, à un contrat collectif facultatif bénéficiant de sa participation financière.

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » E les membres participants et les membres honoraires affiliés à un contrat obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2 du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant entre 800 et 7999 membres participants et honoraires.

S'il est constaté qu'au 1^{er} juillet de l'année qui précède le renouvellement des délégués, les seuils susvisés ne sont plus atteints par une entreprise ou groupe relevant de ces sections, les membres participants et honoraires de ladite entreprise ou groupe seront désormais représentés, selon le cas, soit dans la section de vote professionnelle « E » soit dans les sections de vote régionales sur la base du critère géographique.

Par exception au principe de rattachement géographique et professionnel, sont rattachés à la section de vote « affinitaire » les membres participants et les membres honoraires affiliés liés par leur adhésion à un règlement mutualiste, ou un contrat d'assurance, de la gamme Harmonie Fonction Publique.

Une section de vote spécifique « Europe » représente les membres participants et honoraires relevant d'un contrat collectif souscrit par une personne morale dès lors que ces membres et la personne morale souscriptrice résident dans un État de l'Espace Économique Européen.

Le règlement type de la section de vote « Europe » est approuvé par le conseil d'administration.

Chapitre II

L'ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 22 • Le rôle des délégués à l'assemblée générale

Les délégués représentent les membres participants et honoraires à l'assemblée générale de la Mutuelle.

Leur mandat de délégué leur permet, de fait, d'être membre de l'assemblée de territoire et de l'assemblée de région auxquelles ils sont rattachés.

Ils participent chaque année aux journées de formation organisées par la Mutuelle pour tous les délégués.

Article 23 • Conditions d'éligibilité et candidatures

Préalablement à l'élection de leurs délégués à l'assemblée générale de la Mutuelle, les membres participants et honoraires des sections de vote régionales et de la section « affinitaire » sont informés de la possibilité qui leur est offerte d'être candidats.

Les délégués ne peuvent être candidats qu'au sein de la section de vote à laquelle ils appartiennent et doivent, pour être éligibles, être à jour de leurs cotisations.

Sous ces réserves, les délégués sortants sont rééligibles.

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » D et « Europe » sont informées par la Mutuelle de la possibilité de désigner les délégués représentant les membres honoraires et les délégués représentant les membres participants à l'assemblée générale.

• Élections générales (c'est-à-dire celles organisées à la fin du mandat des délégués)

L'appel à candidature, au sein de chaque section de vote régionale et affinitaire, est effectué, pour les élections générales, au plus tard au 1^{er} novembre de l'année précédant l'élection, à l'initiative du conseil d'administration, par une information dans la revue de la Mutuelle (Essentiel Santé Magazine), par une annonce sur le site internet de la Mutuelle et par voie d'affichage dans les locaux accueillant le public de la Mutuelle situés sur les territoires composant lesdites sections de vote et/ou accueillant des adhérents de la section de vote « affinitaire ».

La date limite à laquelle les listes de candidats doivent être présentées, est précisée dans les annonces prévues à l'alinéa précédent.

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » et « Europe » sont informées, par tous moyens, par la Mutuelle de la date limite pour procéder à la désignation des délégués représentant les membres honoraires et les délégués représentant les membres participants à l'assemblée générale.

• Élections partielles (c'est-à-dire celles faisant suite à une augmentation du nombre de membres ou lorsqu'un siège est devenu vacant)

L'appel à candidature, au sein de chaque section de vote régionale et affinitaire, est effectué, pour les élections partielles, au plus tard 15 jours avant la date effective de l'élection. Cet appel à candidature est effectué

par une information dans la revue de la Mutuelle (Essentiel Santé Magazine), par une annonce sur le site internet de la Mutuelle et par voie d'affichage dans les locaux accueillant le public de la Mutuelle situés sur les territoires composant lesdites sections de vote et/ou accueillant des adhérents de la section de vote « affinitaire ». La date limite pour présenter sa candidature doit être précisée dans les annonces prévues à l'alinéa précédent.

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » et « Europe » sont informées, par tous moyens, par la Mutuelle de la date limite pour procéder à la désignation des délégués représentant les membres honoraires et les délégués représentant les membres participants à l'assemblée générale.

Article 24 • Organisation des élections dans les sections de vote

• Modalités d'élection

Un protocole électoral est établi pour chaque élection de délégués par le conseil d'administration. Il est mis à disposition des membres participants et honoraires de la Mutuelle au sein de chaque section de vote.

• Détermination du nombre de sièges par section de vote

Le nombre de postes de délégués à pourvoir est établi par la commission électorale désignée par le conseil d'administration selon le protocole électoral établi. Il est déterminé par section de vote, à raison d'un poste de délégué par tranche entière de 8 000 membres participants et honoraires.

• Élections générales

Conformément aux stipulations de l'article 18 des statuts de la Mutuelle, les délégués à l'assemblée générale sont élus, tous les six ans, par les sections de vote, par correspondance, y compris par voie électronique, au scrutin de listes bloquées majoritaires à un tour sans panachage et sans vote préférentiel, sans condition de quorum et à la majorité relative des suffrages exprimés.

La liste qui a obtenu le plus grand nombre de voix obtient l'ensemble des sièges de délégués à pourvoir par la section.

Les conditions de validité des listes de candidats aux fonctions de délégués issus des territoires de la région et de la section de vote « professionnelle » E et « affinitaire » sont vérifiées par la commission électorale.

Les élections générales sont organisées le premier trimestre de l'année au cours de laquelle expire le mandat des délégués.

Elles ont lieu simultanément au sein de chaque section de vote.

• Élections partielles dans les sections de vote régionales / section de vote « professionnelle E »

À la troisième année de mandat des délégués et en cas de vacance d'un siège de délégué, pour quelque motif que ce soit, ou en cas d'augmentation des effectifs d'une section de vote en cas de franchissement d'une tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires au moins dans la section de vote, les sections de vote régionales concernées et la section de vote « professionnelle » E se réunissent en assemblées de section de vote pour l'élection du (ou des) délégué(s) au(x) siège(s) vacant(s) ou au(x) siège(s) nouveau(x) à pourvoir.

En cas d'augmentation des effectifs d'une section de vote régionale ou de la section de vote « professionnelle » E, le nombre de sièges supplémentaires de délégués à pourvoir est établi selon la règle définie par l'article 18 des statuts de la Mutuelle, c'est-à-dire à raison d'un délégué nouveau par tranche entière supplémentaire de 8 000 membres participants et honoraires.

L'augmentation des effectifs est elle-même constatée au 1^{er} juillet de l'année qui précède celle à laquelle doivent se tenir, le cas échéant, des élections partielles.

Lorsqu'elle est requise, l'élection partielle a lieu à bulletin secret et sans condition de quorum, au scrutin uninominal à un tour et à la majorité relative des suffrages exprimés.

Les assemblées de section de vote régionales et de la section de vote « professionnelle » E sont réunies avant le 15 mai de l'année d'élection.

Elles sont convoquées par le président de la Mutuelle, en vue de procéder à l'élection partielle des délégués.

La date de réunion des assemblées de section de vote est fixée par le conseil d'administration de la Mutuelle.

La convocation est faite 15 jours au moins avant la date de la réunion, par la parution à cet effet d'une information dans la revue de la Mutuelle (Essentiel Santé Magazine), par une annonce sur le site internet de la Mutuelle et par voie d'affichage dans les locaux accueillant le public de la Mutuelle situés sur les territoires composant lesdites sections de vote.

Les assemblées de section de vote sont présidées chacune par le président de la région sauf désignation expresse, par le conseil d'administration, par un administrateur de la Mutuelle, désigné à cet effet. Le président de séance veille au bon déroulement de l'assemblée qu'il préside.

Chaque réunion des assemblées de section de vote donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal signé par le président de séance.

• Élections partielles dans la section de vote « affinitaire »

À la troisième année de mandat des délégués et en cas de vacance d'un siège de délégué, pour quelque motif que ce soit, ou en cas de franchissement d'une tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires au moins dans la section de vote, il est procédé à l'élection du (ou des) délégué(s) au(x) siège(s) vacant(s) ou au(x) siège(s) nouveau(x) à pourvoir, par correspondance, y compris par voie électronique avant le 15 mai de l'année de l'élection. La date est fixée par le conseil d'administration.

L'augmentation des effectifs est constatée au 1^{er} juillet de l'année qui précède celle à laquelle doivent se tenir, le cas échéant, des élections partielles.

Lorsqu'elle est requise, l'élection partielle a lieu à bulletin secret et sans condition de quorum, au scrutin uninominal à un tour et à la majorité relative des suffrages exprimés.

Chapitre III

LE DÉROULEMENT DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Article 25 • Organisation de l'assemblée générale

Lors de chaque assemblée générale est constitué un bureau de séance comprenant le président de la Mutuelle ou, en cas d'empêchement de celui-ci, un administrateur désigné par le conseil d'administration, ainsi qu'un secrétaire de séance désigné à main levée par ladite assemblée au début de chaque réunion.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale, lequel est signé par le président et par le secrétaire de séance.

Ce procès-verbal est soumis à l'approbation de l'assemblée générale suivante.

Les déclarations, accompagnées d'un curriculum vitae, sont faites au siège de la Mutuelle, auprès du secrétariat du président :

- soit par lettre recommandée avec accusé de réception ;
- soit par lettre adressée par télécopie (sous réserve de réception d'un accusé de réception) ;
- soit par e-mail (sous réserve de réception d'un accusé de réception) ;
- soit par dépôt contre récépissé.

En cas de litige, il appartient au membre qui prétend s'être porté candidat selon la procédure susvisée de le prouver en produisant l'accusé de réception ou le récépissé de dépôt de sa déclaration de candidature. L'accusé de réception d'une télécopie ou d'un mail devra nécessairement être une réponse expresse du secrétariat du président, adressée par courrier, par télécopie ou par mail.

Article 30 • Élection

Le conseil d'administration se réunit, pour élire son nouveau président, suite à l'assemblée générale qui a procédé à son renouvellement.

Article 31 • Fonctionnement

Les administrateurs peuvent participer à une réunion de conseil d'administration en recourant aux moyens de visioconférence ou de télécommunication, y compris lorsque ledit conseil procède aux opérations mentionnées à l'article L.114-17 alinéa 3 du Code de la Mutualité.

Le recours aux moyens de visioconférence ou de télécommunication peut être envisagé dès lors que ces moyens permettent l'identification des membres et garantissent leur participation effective. Lesdits moyens doivent transmettre au moins le son de la voix des participants et satisfaire à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Titre V

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I

L'ÉLECTION DES ADMINISTRATEURS

Article 26 • Conditions de présentation des candidatures

Le conseil d'administration décide de solliciter les candidatures aux fonctions d'administrateur, auprès des membres participants et honoraires de la Mutuelle, un mois au moins avant les élections par une annonce dans la revue de la Mutuelle (Essentiel Santé Magazine) ou tout autre moyen de communication.

La date limite de dépôt des candidatures sera précisée dans le cadre des moyens de communication utilisés.

Les déclarations de candidature aux fonctions d'administrateur devront être adressées au siège social de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, par télécopie ou par mail (sous réserve de réception d'un accusé de réception), un mois au moins avant la date de l'assemblée générale, ou être déposées contre récépissé, dans le même délai, au siège de la Mutuelle.

Chapitre II

LES RÉUNIONS DU CONSEIL

Article 27 • Conseil consécutif au renouvellement total du conseil d'administration

Après chaque renouvellement du conseil d'administration, celui-ci se réunit à l'issue de l'assemblée générale qui a procédé à l'élection des nouveaux administrateurs pour élire le président et les membres du comité exécutif.

Article 28 • Procès-verbal

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion du conseil d'administration qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Chapitre III

L'ÉLECTION DU PRÉSIDENT DE LA MUTUELLE

Article 29 • Déclarations de candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions de président doivent être présentées huit jours au moins avant le conseil d'administration qui procède à son élection.

Liste des territoires et des régions

Nom de la région	Nom du territoire	Code dpt	Nom du département	Territoire	Région
Ile-de-France	Ile-de-France	75	Paris	1	1
		77	Seine-et-Marne		
		78	Yvelines		
		91	Essonne		
		92	Hauts-de-Seine		
		93	Seine-Saint-Denis		
		94	Val-de-Marne		
		95	Val-d'Oise		
		900	DOM-TOM - Étranger		
	Guadeloupe	971		1	
Martinique	972		1		
Guyane	973		1		
Océan indien (la Réunion - Mayotte)	974 976		1		
Hauts de France	Nord-Pas-de-Calais	59	Nord	1	1
		62	Pas-de-Calais		
	Picardie	02	Aisne	1	
		60	Oise		
		80	Somme		
Grand-Est	Ardennes	08	Ardennes	1	1
	Aube	10	Aube	1	
	Marne	51	Marne	1	
	Haute-Marne	52	Haute-Marne	1	
	Meurthe-et-Moselle	54	Meurthe-et-Moselle	1	
	Meuse	55	Meuse	1	
	Moselle	57	Moselle	1	
	Vosges	88	Vosges	1	
	Alsace	67 68	Bas-Rhin Haut-Rhin	1	
Centre Val-de-Loire	Berry	18	Cher	1	1
	Val-de-France	28	Eure-et-Loir	1	
		45	Loiret		
	Indre	36	Indre	1	
	Touraine	37	Indre-et-Loire	1	
41		Loir-et-Cher			
Bourgogne-Franche-Comté	Côte-d'Or/Yonne	21	Côte-d'Or	1	1
		89	Yonne		
	Nièvre	58	Nièvre	1	
	Saône-et-Loire	71	Saône-et-Loire	1	
	Franche-Comté	25	Doubs	1	
		39	Jura		
70		Haute-Saône			
		90	Territoire de Belfort		
Normandie	Eure	27	Eure	1	1
	Seine-Maritime	76	Seine-Maritime	1	
	Calvados	14	Calvados	1	
	Manche	50	Manche	1	
	Orne	61	Orne	1	
Bretagne	Côtes-d'Armor	22	Côtes-d'Armor	1	1
	Finistère	29	Finistère	1	
	Ille-et-Vilaine	35	Ille-et-Vilaine	1	
	Morbihan	56	Morbihan	1	
Sud-Ouest	Aquitaine	24	Dordogne	1	1
		33	Gironde		
		47	Lot-et-Garonne		
		40	Landes		
		64	Pyrénées-Atlantiques		
	Ariège-Pyrénées	09	Ariège	1	
	Tarn-Aveyron	12	Aveyron	1	
		81	Tarn		
	Haute-Garonne	31	Haute-Garonne	1	
	Armagnac-Bigorre	32	Gers	1	
		65	Hauts-Pyrénées		
	Tarn-et-Garonne-Lot	46	Lot	1	
		82	Tarn-et-Garonne		
	Limousin	19	Corrèze	1	
		23	Creuse		
87		Haute-Vienne			
Cévennes	30	Gard	1		
	48	Lozère			
Languedoc-Roussillon	11	Aude	1		
	34	Hérault			
	66	Pyrénées-Orientales			
Méditerranée	Alpes-Côte-d'Azur-Corse	04	Alpes-de-Haute-Provence	1	1
		05	Hauts-Alpes		
		06	Alpes-Maritimes		
		20	Corse		
	Provence	13	Bouches-du-Rhône	1	
		83	Var		
		84	Vaucluse		
Atlantique	Loire-Atlantique	44	Loire-Atlantique	1	1
	Maine-et-Loire	49	Maine-et-Loire	1	
		53	Mayenne		
	Sarthe	72	Sarthe	1	
	Vendée	85	Vendée	1	
	Poitou-Charentes	16	Charentes	1	
		17	Charente-Maritime		
79		Deux-Sèvres			
86		Vienne			
Auvergne-Rhône-Alpes	Val-de-Rhône	01	Ain	1	1
		07	Ardèche		
		26	Drôme		
		38	Isère		
		69	Rhône		
	Loire	42	Loire	1	
	Pays-de-Savoie	73	Savoie	1	
		74	Haute-Savoie		
	Auvergne	03	Allier	1	
		15	Cantal		
43		Haute-Loire			
		63	Puy-de-Dôme		
Total				54	11

Notice d'information

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif de complémentaire santé signé par le souscripteur - l'Office Français de la Biodiversité (OFB) - auprès d'Harmonie Mutuelle (mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris), ci-après dénommée la Mutuelle.

Article 2 - Risques couverts

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Article 3 - Adhésion à la Mutuelle

3.1 Catégorie éligible

L'adhésion au contrat est réservée aux agents et retraités de l'Office Français de la Biodiversité (OFB).

Pour les agents en activité tels que définis à l'article « Adhérents » de la présente notice, l'adhésion à la garantie de prévoyance est indissociable de l'adhésion à la garantie santé. L'adhésion à la garantie de prévoyance intervient selon les conditions et modalités de la notice propre à cette garantie.

L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la Mutuelle.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire français, à savoir :

- L'adhérent ;
- Les ayants droit de l'adhérent : sont ayants droit, les personnes désignées par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion.

3.2.1 Adhérents

Peuvent être adhérents :

- Les agents en situation d'activité de l'OFB :
 - Les agents titulaires (fonctionnaires) ;
 - Les agents non titulaires de droit public (contractuels) ;
 - Les fonctionnaires stagiaires (pré-titularisation) ;

- Les retraités (actuels et futurs) de l'OFB ;

- Les ayants cause des agents en situation d'activité ou retraités de l'OFB : les veufs, veuves et orphelins des fonctionnaires, agents contractuels, fonctionnaires stagiaires et retraités décédés.

3.2.2 Ayants droit

Peuvent être ayants droit :

- Le conjoint de l'adhérent (agent en situation d'activité ou retraité) : tel que défini à l'article 143 du Code civil, non séparé

de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle ;

- Le partenaire de l'adhérent d'un Pacte Civil de Solidarité, tel que défini à l'article 515-1 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;

- La personne vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) avec l'adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'adhérent et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature et partageant le même domicile ;

- Les enfants de l'adhérent (agent en situation d'activité ou retraité), de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou de son concubin :

- Agés de moins de 16 ans et bénéficiant du régime social de base de l'affilié, de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin ;
- Agés de moins de 26 ans ou de moins de 31 ans pour les personnes reconnues handicapées, effectuant un engagement de service civique (articles L.120-1 et suivants du code du service nationale) ;
- Agés de moins de 27 ans, poursuivant leurs études ;
- Agés de moins de 27 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé - AAH - (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les enfants qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

3.3 Choix du niveau de garantie

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion la garantie choisie. Celle-ci se compose de trois niveaux : « Niveau 1 », « Niveau 2 » et « Niveau 3 ».

Le choix d'un autre niveau de garantie par l'adhérent, postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion, prend effet au 1^{er} janvier qui suit la date de la demande, sous réserve que celle-ci ait été effectuée avant le 31 octobre.

3.4 Garantie des ayants droit de l'adhérent

La garantie des ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'adhérent.

3.5 Prise d'effet de l'adhésion au présent contrat

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

Néanmoins, la Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès de l'adhérent la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur son identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (l'origine des fonds ou ressources déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie. L'adhésion est conditionnée

aux résultats des vérifications conduites et pourra être refusée, dès lors que cela exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la Mutuelle.

3.6 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article « Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité ».

3.7 Renonciation

3.7.1 Adhésion en agence

L'adhérent peut renoncer à son adhésion en envoyant à l'adresse de son agence dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, qui peut être rédigé comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le ... » Date et signature.

La Mutuelle s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées en application du contrat.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours à compter du jour où il communique à la Mutuelle sa volonté de se rétracter, toute somme qu'il a reçue de cette dernière.

3.7.2 Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'adhérent doit adresser, dans ce délai de 30 jours précité, une lettre recommandée à l'adresse de son pôle de gestion figurant sur sa carte de tiers payant mutualiste ou à celle du siège social de la Mutuelle ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressé à DESP_renonciation-demission@harmonie-mutuelle.fr, rédigée comme suit :

« Je soussigné(e) (Nom/Prénom), demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le..... ». Date et signature.

La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par l'adhérent de sa volonté de se rétracter.

Au-delà, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où il communique à la Mutuelle sa volonté de se rétracter.

3.7.3 Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier

de motifs ni à supporter de pénalités à adresser à l'adresse de son pôle de gestion figurant sur sa carte de tiers payant mutualiste ou à celle du siège social de la Mutuelle ou à DESP_renonciation-demission@harmonie-mutuelle.fr

Modèle de rédaction de renonciation :

« Je soussigné(e) (Nom/Prénom), demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le ». Date et signature.

La Mutuelle s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées en application de ce contrat.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours à compter du jour où il communique à la Mutuelle sa volonté de se rétracter, toute somme qu'il a reçue de cette dernière.

Article 4 - Modification du contrat

Toute modification du contrat collectif de complémentaire santé est constatée par un avenant, signé par l'OFB et la Mutuelle, qui précise la date d'effet de cette modification. Cette modification donnera lieu, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle notice d'information. Elle sera portée à la connaissance de l'adhérent. Ce dernier peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Article 5 - Évènement survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, par écrit et dans les plus brefs délais, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

5.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption	Au 1 ^{er} jour du mois de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet évènement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'évènement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet évènement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande

5.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de leur demande par la Mutuelle.

Article 6 - Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

6.1 À l'initiative de l'adhérent

6.1.1 Résiliation en fin d'année ou radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en notifiant à la Mutuelle sa demande de résiliation, moyennant un préavis de deux mois, soit 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 (Harmonie Mutuelle - Rue Berrier Fontaine - BP 1410 - 83056 Toulon cedex) ou tout autre support durable (notamment DESP_renonciation-demission@harmonie-mutuelle.fr) ;
 - 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 contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
 - Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La Mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de résiliation. La résiliation de l'adhérent ou la radiation de l'ayant droit prendra effet au premier jour de l'année suivante, soit le 1^{er} janvier.

6.1.2 Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin à la garantie en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les documents justificatifs correspondants :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la Mutuelle	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif.
Perte de la qualité d'agents de l'OFB	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale dénommée Complémentaire santé solidaire à l'adhérent	
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire	Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande
Remise d'un nouvelle notice d'informations après modification du contrat collectif	

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

6.1.3 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 contrat mutualiste, selon les conditions et modalités définies aux articles 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 contrat par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

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.

6.1.4 Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel, et sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un adhérent peut demander la radiation d'un ayant droit, à tout moment en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de radiation	Date d'effet de la radiation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale dénommée Complémentaire santé solidaire à l'ayant droit	
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire	
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

En cas de résiliation de l'adhérent, ses ayants droit sont automatiquement radiés à la même date.

6.2 À l'initiative de la Mutuelle

6.2.1 En cas de non-paiement

La Mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article « Non-paiement de la cotisation ».

6.2.2 Nullité, exclusion et fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la Mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

6.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé et à ne plus utiliser sa ou ses cartes mutualistes et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

La demande de résiliation entraîne la cessation de la garantie Santé, y compris des garanties d'assistance et de protection juridique santé incluses, ainsi que la cessation de la garantie de prévoyance.

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 7 - Cadre général

7.1 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 sur l'adhérent ou ses ayants droit ne peut être recueillie à l'adhésion ;
- 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.

En aucun cas les termes du contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats responsables. En cas de contradiction, les règles du contrat responsable, y compris dans de futures dispositions légales et réglementaires, priment sur les présentes dispositions.

7.2 Date d'entrée en vigueur de la garantie

L'adhérent et ses ayants droit inscrits bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet mentionnée aux articles « Prise d'effet de l'adhésion » et « Nouveaux bénéficiaires ».

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article « Paiement de la cotisation ».

7.3 Nature de l'indemnisation

Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires, ainsi **les remboursements ou indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.**

7.4 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, 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 avenant éventuellement signé entre le souscripteur et la Mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

7.5 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, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

7.6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés établi par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie et défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et dans le cadre de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux contrats « 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.160-13 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 partagé 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.

7.7 Non-prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- Les cures médicales en établissement de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux (y compris les maisons d'accueil spécialisées), dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées, y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ;
- La chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Article 8 - Versement des prestations

8.1 Règlement des prestations

8.1.1 Calcul des prestations

Le montant des prestations dépend du niveau de garantie choisi par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit. Il est indiqué au tableau descriptif des garanties transmis à l'adhésion.

Les prestations figurant sur le tableau descriptif des garanties remis à l'adhérent sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement défini par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent conserve, dans tous les cas, la liberté de choix de son professionnel de santé.

8.1.2 Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées aux descriptifs de la garantie sont :

- Les dates de facturation pour les médicaments, l'appareillage et les accessoires médicaux, les lentilles refusées par le régime obligatoire, les vaccins, la contraception, et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;

- La date de facturation correspondant à celle de transmission au régime obligatoire pour les équipements optiques et les lentilles acceptées par le régime obligatoire. Attention, dans le cas d'une procédure de tiers payant, bien qu'un accord de prise en charge puisse être fourni durant la période de garantie, si la date de facturation est postérieure à celle de la prise d'effet de la résiliation de la garantie, ou bien de la radiation, ou de l'exclusion du bénéficiaire, le remboursement sera effectué au professionnel de santé mais la garantie n'étant pas due, le montant sera alors réclamé au bénéficiaire ;
- Les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les médecines complémentaires telles que définies dans les descriptifs de garantie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie, la psychologie ;
- Les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation⁽¹⁾ ou la maternité⁽²⁾ hors forfait journalier hospitalier ;
- La date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier ;
- La date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue aux descriptifs de la garantie, sous réserve que l'enfant soit inscrit en tant qu'ayant droit au jour de sa naissance ou de son adoption et que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- La date des soins transmise par le régime obligatoire pour les traitements d'orthodontie acceptée par celui-ci, et la date de fin de semestre pour l'orthodontie refusée par le régime obligatoire.

- (1) Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :
 - En cas d'hospitalisation avec nuitée(s) ;
 - Ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
- (2) Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

8.1.3 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- Des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- Des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- Si nécessaire, des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais dépensés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la Mutuelle et rempli par le médecin traitant.

L'adhérent ou ses ayants droits sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre Mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

8.1.4 Information, délai et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de vingt jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la Mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire. Ce délai est ramené à 10 jours lorsque, les prestations ont fait l'objet d'échanges informatisés entre la Mutuelle et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire, dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes (échanges NOEMIE).

Les remboursements convenus aux présentes garanties peuvent aussi être adressés directement aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mis 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.

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

8.2 Contrôle

Afin de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations, de vérifier la réalité des dépenses engagées et la réalité des prestations elles-mêmes, la Mutuelle se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire, en plus des pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires, y compris médicales.

Le service médical de la Mutuelle peut ainsi soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat. Ce contrôle s'exerce sur production par le bénéficiaire de pièces justificatives médicales aux professionnels de santé sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention du service professionnel de santé choisi par la Mutuelle, à l'adresse inscrite dans la demande de pièces et éventuellement par expertise médicale. Le bénéficiaire est informé des modalités des examens demandés par la Mutuelle (analyses, radio...).

Ces pièces et contrôles peuvent être demandés ou effectués avant ou après la réalisation des actes, y compris après résiliation du contrat.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé choisi par le bénéficiaire restent à la charge de ce dernier.

Article 9 - Information des adhérents

Les adhérents ont accès à leurs décomptes via un code d'accès personnel par internet :

www.harmonie-mutuelle.fr

Ce service permet à l'adhérent de consulter son dossier en direct 24h/24.

Parallèlement, la Mutuelle édite périodiquement des relevés de

Chapitre III

GARANTIES AUTRES QUE SANTÉ

Article 10 - Garantie assistance

Par son adhésion au présent contrat, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient également de la garantie d'assistance Harmonie Santé Services.

La garantie d'assistance a été souscrite sous 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 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 969500YZ86NRBOATRB28) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise à l'adhérent.

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

Article 11 - Garantie protection juridique

Par son adhésion au présent contrat, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient d'une garantie de protection juridique Harmonie Protection Juridique.

La garantie protection juridique a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance par la Mutuelle, au bénéfice de ses adhérents, auprès de CFDP Assurances - Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social 62, rue Bonnel - 69003 Lyon, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 958 506 156.

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 12 - Garantie prévoyance

L'adhérent, agent en situation d'activité, bénéficie également d'une garantie de prévoyance (décès, incapacité temporaire de travail, invalidité/incapacité permanente professionnelle).

La garantie de prévoyance a été souscrite sous forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, auprès de Mutex, Société anonyme au capital de 37 302 300 € - Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040 - agréée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22 - Siège social : 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex au profit des adhérents, agents en situation d'activité, bénéficiant d'une garantie santé.

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

Cette garantie peut être modifiée par voie d'avenant ou lettre avenant au contrat collectif. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Chapitre IV

COTISATION

Article 13 - Détermination et mode de calcul de la cotisation

13.1 Cotisation pour un adhérent ou un ayant droit

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants ou les taux sont précisés dans les conditions particulières du contrat. Elles sont déterminées en fonction du niveau de garanties choisi par le souscripteur, du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents et de l'âge du bénéficiaire au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Le montant des cotisations est fixé de manière forfaitaire en euros.

13.2 Majoration de la cotisation

En application de l'article 16-2° du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et de l'arrêté d'application du 19 décembre 2007, une majoration de cotisation est appliquée pour adhésion tardive.

Une adhésion est considérée comme tardive pour les agents actifs de plus de 30 ans et retraités, si elle intervient plus de deux ans après l'entrée dans la Fonction Publique.

13.3 Gratuité de la cotisation

Pour les enfants, la cotisation est gratuite au 3^{ème} enfant.

Article 14 - Évolution de la cotisation

À compter du 1^{er} janvier 2020, les cotisations fixées pourront être revues chaque année. Cette éventuelle revalorisation ne pourra, sauf modifications de la législation et la réglementation applicable en matière de protection sociale, excéder 5%.

Article 15 - Paiement de la cotisation

15.1 Règlement de la cotisation

La cotisation est payée par l'adhérent par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal, au vu d'un appel établi par la Mutuelle.

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné mensuellement.

15.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- . De supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;
- . D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- . Et d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment provisionné ».

15.3 Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation.

Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Chapitre V

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 16 - Couverture des accidents

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent contrat et selon les modalités prévues ci-après.

Si le bénéficiaire est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident, la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite des descriptifs de la garantie choisie et dans le respect des 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.

16.1 Recours subrogatoire

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions 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 engagées par la Mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

16.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans un délai de 3 mois, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle.

À défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées suite à cet accident.

16.3 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la Mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

Article 17 - Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court : en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ; en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de

prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, 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.

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

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.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé 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.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L.100 du code des postes et télécommunications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- . Une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente ;
- . Un acte d'exécution forcée ;
- . La reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

Article 18 - Échange de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre leur Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre leur Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à leur Mutuelle, dans les conditions fixées à l'article qui suit.

Article 19 - Protection des données personnelles

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, 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 ses 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 toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur de l'assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans le strict cadre 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 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 pour des motifs légitimes d'un droit d'effacement, d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition.

L'adhérent a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.

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 (www.bloctel.gouv.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 l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29, quai François Mitterrand – 44 273 Nantes Cedex 2 ». Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

Article 20 - Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle. Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur son espace adhérent ([espaceadherent.harmonie-fp.fr/Rubrique : contact/objet : réclamations](http://espaceadherent.harmonie-fp.fr/Rubrique%3Acontact/objet%3Areclamations)) ou en envoyant un courrier postal

à l'adresse suivante : Harmonie Mutuelle – Service Qualité – Rue Berrier Fontaine – BP 1410 – 83056 Toulon cedex.

La Mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Enfin, en application et dans les conditions de l'article « Médiation » des statuts, le bénéficiaire peut saisir le Médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par la Mutuelle, et en tout état de cause, 2 mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la Mutuelle, par voie électronique en complétant le formulaire prévu à cet effet à l'adresse suivante : <http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou en écrivant à CNPM – MÉDIATION – CONSOMMATION 27, avenue de la Libération – 42400 Saint-Chamond.

Article 21 - Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Niveaux 1-2-3

(mise en conformité '100% Santé' et lisibilité des garanties)

En parcours de soins coordonnés Taux de remboursement (incluant la Sécurité sociale)	Remboursements Sécurité sociale + prise en charge de la Mutuelle		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
SOINS COURANTS			
Soins médicaux et paramédicaux			
Consultations, visites : généralistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	180% BR	180% BR
- Autres praticiens	130% BR	160% BR	160% BR
Consultations, visites : spécialistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	200% BR	250% BR
- Autres praticiens	130% BR	180% BR	200% BR
Actes de sages-femmes	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	100% BR	100% BR	100% BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)			
Médicaments à SMR important	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à SMR modéré	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à SMR faible	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens			
Actes techniques médicaux et d'échographie			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	200% BR	250% BR
- Autres praticiens	130% BR	180% BR	200% BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	120% BR	150% BR
- Autres praticiens	100% BR	100% BR	130% BR
Examens de laboratoires	100% BR	100% BR	100% BR
Appareillages et accessoires médicaux			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	200% BR	300% BR	300% BR
Achat véhicule pour personne handicapée physique	200% BR	300% BR	300% BR

En parcours de soins coordonnés Taux de remboursement (incluant la Sécurité sociale)	Remboursements Sécurité sociale + prise en charge de la Mutuelle		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
AIDES AUDITIVES			
Équipement 100% Santé ⁽¹⁾⁽²⁾	100% Santé	100% Santé	100% Santé
Équipement à tarif libre ⁽¹⁾⁽²⁾	200% BR	300% BR	300% BR
Piles	100% BR	100% BR	100% BR
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	200% BR	250% BR
- Autres praticiens	130% BR	180% BR	200% BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾⁽⁴⁾	1,25% du PMSS/nuit	1,5% du PMSS/nuit	2% du PMSS/nuit
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Frais d'accompagnant	1,25% du PMSS/nuit	1,5% du PMSS/nuit	2% du PMSS/nuit
<i>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</i>			
MATERNITÉ			
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	200% BR	250% BR
- Autres praticiens	130% BR	180% BR	200% BR
Chambre particulière avec nuitée ⁽⁴⁾	1,25% du PMSS/nuit	1,5% du PMSS/nuit	2% du PMSS/nuit
OPTIQUE			
Équipement 100% Santé ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾			
- Monture	100% Santé	100% Santé	100% Santé
- Par verre	100% Santé	100% Santé	100% Santé
- Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre	100% Santé	100% Santé	100% Santé
Équipement à tarif libre ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
- Monture	60% BR + 75 €	100 €	100 €
- Par verre			
- Simple	60% BR + 80 €	60% BR + 100 €	60% BR + 150 €
- Complexe	60% BR + 125 €	60% BR + 175 €	60% BR + 225 €
- Très complexe	60% BR + 200 €	60% BR + 250 €	60% BR + 300 €
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	100% BR	100% BR	100% BR
Verres avec filtre	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	100% BR + 150 € / an	100% BR + 200 € / an	100% BR + 200 € / an
Opérations de chirurgie correctrice de l'œil	300 € / œil	500 € / œil	500 € / œil

En parcours de soins coordonnés Taux de remboursement (incluant la Sécurité sociale)	Remboursements Sécurité sociale + prise en charge de la Mutuelle		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
DENTAIRE			
Soins	100% BR	100% BR	100% BR
Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽⁹⁾	100% Santé	100% Santé	100% Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés⁽⁹⁾			
- Prothèses fixes	250% BR	350% BR	400% BR
- Inlay-Core	250% BR	350% BR	400% BR
- Prothèses transitoires	250% BR	350% BR	400% BR
- Inlay onlay	250% BR	300% BR	350% BR
- Prothèses amovibles	250% BR	350% BR	400% BR
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres			
- Prothèses fixes	250% BR	350% BR	400% BR
- Inlay-core	250% BR	350% BR	400% BR
- Prothèses transitoires	250% BR	350% BR	400% BR
- Inlay onlay	250% BR	300% BR	350% BR
- Prothèses amovibles	250% BR	350% BR	400% BR
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	200% BR	300% BR	400% BR
Implantologie ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾	400 € / implant	600 € / implant	600 € / implant
Parodontologie ⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾	50 € / an	100 € / an	150 € / an
<i>Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.</i>			
CURES THERMALES			
Honoraires de surveillance	100% BR	100% BR	100% BR
Frais d'établissement	100% BR	100% BR	100% BR
Hébergement et transport (si accord SS)	100% BR	100% BR	100% BR
MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES			
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS - neurostimulation électrique transcutanée ⁽¹⁰⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾	20 € / séance	30 € / séance	40 € / séance
Dispositif «Mon PSY» Séances d'accompagnement psychologique remboursables (EEP-APS-PSS)	100% BR (8 séances / an dont l'évaluation EEP)	100% BR (8 séances / an dont l'évaluation EEP)	100% BR (8 séances / an dont l'évaluation EEP)
PRÉVENTION			
Vaccin anti-grippal ⁽¹⁰⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Sevrage tabagique ⁽¹⁵⁾	100% BR	100% BR	100% BR
HARMONIE SANTÉ SERVICES			
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Oui	Oui	Oui

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 666 € en 2023)

EEP : Entretien d'évaluation en présentiel

APS : Séance de suivi réalisée en présentiel

PSS : Séance de suivi réalisée en distanciel

- (1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
- (2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.
- (3) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.
- (4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
- (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
- (6) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- (7) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).
- (8) - **Verres simples** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.
- **Verres complexes** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.
- **Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.
- (9) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- (10) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
- (11) Prise en charge limitée à 1800€ par année civile et par bénéficiaire.
- (12) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).
- (13) Prise en charge limitée à 3 séances par année civile et par bénéficiaire.
- (14) Remboursement sur réception de la facture acquittée sous réserve qu'elle comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS et/ou le n° du Registre National des Etiopathes du professionnel concerné. Seules les séances individuelles de professionnels diplômés autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge.
- (15) Prise en charge des substituts nicotiques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

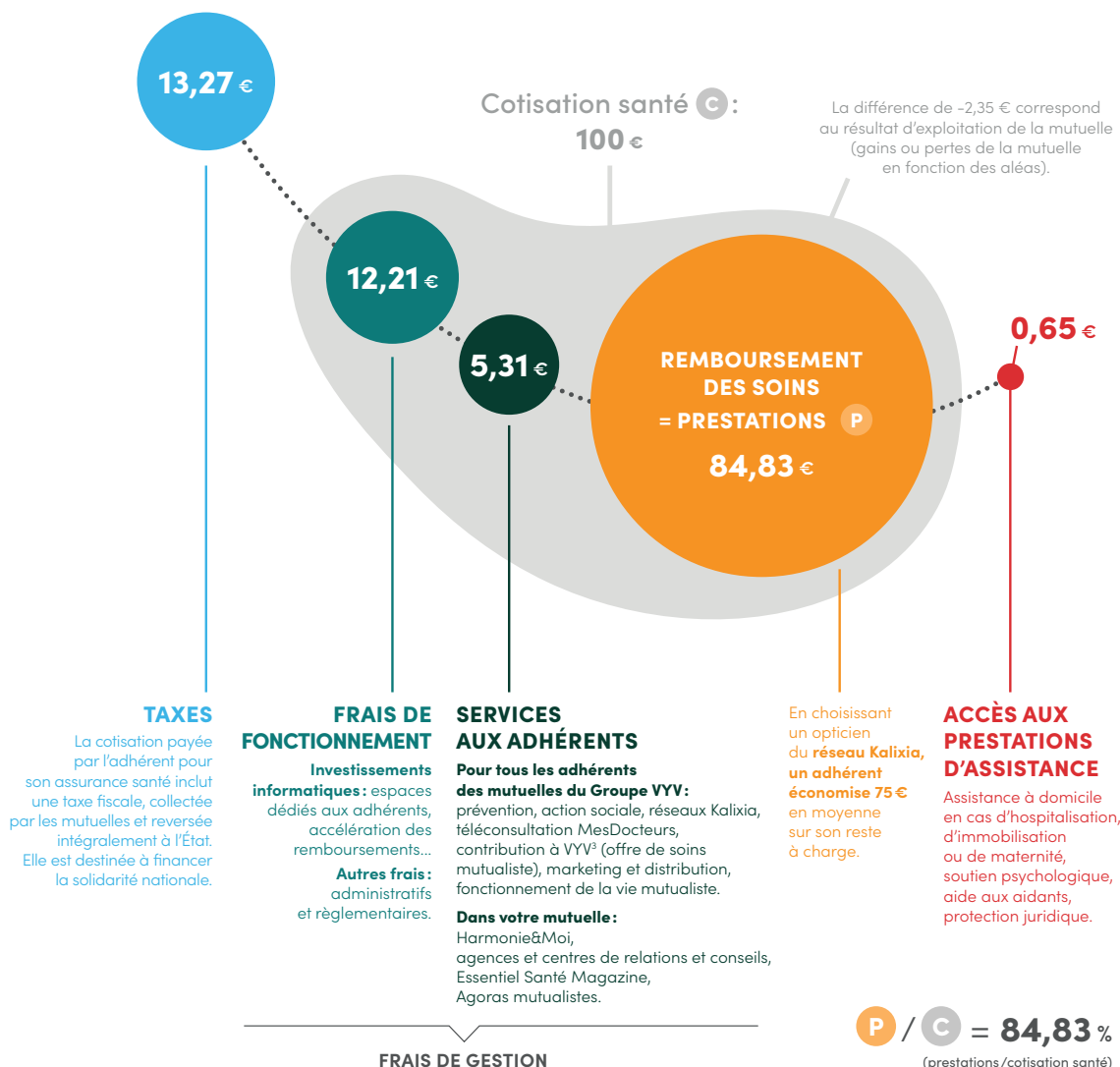
- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.

À QUOI SERT MA COTISATION SANTÉ ?

Redistribution des 100 € perçus par votre mutuelle en 2021
pour une cotisation versée de 113,92 € TTC



Document imprimé en France



Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500L6ZJ485G4TDS7. Siège social: 143, rue Blomet - 75016 Paris. Conception graphique: Agence Interne de communication du Groupe VYV - 05/2022.

MUTUALITÉ FRANÇAISE

En application de nos obligations légales et réglementaires, veuillez trouver ci-après, pour Harmonie Mutuelle pour l'année 2021:

► Le ratio entre les frais de gestion et le montant des cotisations C hors taxes:

FRAIS DE GESTION = 17,52 % de la cotisation santé C

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

► Le ratio entre le montant des prestations P et le montant des cotisations C hors taxes:

P / C = 84,83 %
(prestations/cotisation santé)

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.



AVANÇONS collectif

Offre de prévoyance

Notice d'information au 01/01/2022

PRÉAMBULE

Votre mutuelle santé, Harmonie Mutuelle a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire au bénéfice des membres participants adhérents à l'offre santé référencée par l'Agence Française pour la Biodiversité, auprès de Mutex, Société anonyme régie par le Code des assurances, qui a pour objet de vous permettre de bénéficier des garanties décès, incapacité temporaire de travail, invalidité/incapacité permanente professionnelle

Deux formules de garanties de prévoyance sont proposés aux membres participants :

- Formule 1 : garanties décès, incapacité temporaire de travail
- Formule 2 : garanties décès, incapacité temporaire de travail, invalidité/incapacité permanente professionnelle

Les membres participants choisissent à l'adhésion la formule souhaitée, et dès lors qu'ils sont assurés, peuvent modifier leur choix au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve de remplir les conditions de changement de formule et d'en respecter les formalités.

A défaut de choix de formule, les garanties et les prestations de la formule 1 sont retenues.

Vous devez adhérer au contrat dès lors que vous êtes membre participant de l'offre santé référencée par l'Agence Française pour la Biodiversité et assurée auprès de Harmonie Mutuelle et que vous êtes soit :

- agent titulaire (fonctionnaire) actif ;
- agent non titulaire de droit public (contractuel) actif ;
- fonctionnaire stagiaire (pré-titularisation).

La présente notice vous permet de connaître les conditions d'adhésion, les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat de prévoyance ainsi mis en place, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Ce document indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les exclusions ou les limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

La présente notice d'information vous est obligatoirement remise par votre mutuelle en tant que souscripteur du contrat. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre mutuelle est tenue de vous en informer en vous remettant une nouvelle notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par Mutex.

I – TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

Le tableau synthétise les garanties pour lesquelles vous êtes assuré et définit les montants des prestations pour chaque garantie.

Nature des garanties	Montants des prestations en pourcentage de la rémunération de référence	
Capital Décès – PTIA toutes causes	Formule 1	Formule 2
Tout assuré quelle que soit la situation familiale	100%	100%
GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE		
Assuré	En pourcentage de la rémunération de référence	
Fonctionnaires/Non fonctionnaires bénéficiant du maintien de traitement par l'organisme public	Formule 1	Formule 2
A compter de la fin de la période rémunérée à plein traitement par l'organisme public au titre de son obligation statutaire <i>* sous déduction du maintien par l'employeur à 50% du traitement de référence et/ou des prestations Sécurité sociale, brutes de CSG et de CRDS dans la limite de 100% de la rémunération nette totale</i>	75%	75%
Fonctionnaires/Non fonctionnaires ne bénéficiant pas du maintien de traitement par l'organisme public	Formule 1	Formule 2
A compter de 90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu <i>* sous déduction des prestations Sécurité sociale, brutes de CSG et de CRDS dans la limite de 100% de la rémunération nette totale</i>	75%	75%
GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE		
Invalidité	En pourcentage de la rémunération de référence	
Catégorie d'invalidité	Formule 1	Formule 2
3 ^{ème} catégorie Sécurité sociale <i>* montant brut de CSG et de CRDS sous déduction de la pension d'invalidité versée par la fonction publique et des autres retraites issues des régimes obligatoires, pour les fonctionnaires, ou sous déduction de la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale, et des autres retraites issues des régimes obligatoires, pour les autres catégories</i>	Néant	75%
2 ^{ème} catégorie Sécurité sociale <i>* montant brut de CSG et de CRDS sous déduction de la pension d'invalidité versée par la fonction publique et des autres retraites issues des régimes obligatoires, pour les fonctionnaires, ou sous déduction de la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale, et des autres retraites issues des régimes obligatoires, pour les autres catégories</i>	Néant	75%
1 ^{ère} catégorie Sécurité sociale	Néant	Néant
Incapacité permanente professionnelle (IPP)		
Incapacité permanente professionnelle	En pourcentage de la rémunération de référence	
Taux d'incapacité permanente professionnelle	Formule 1	Formule 2
Taux égal ou supérieur à 66 % <i>* montant brut de CSG et de CRDS sous déduction de la pension d'invalidité versée par la fonction publique et des autres retraites issues des régimes obligatoires, pour les fonctionnaires, ou sous déduction de la rente d'incapacité versée par la Sécurité sociale, et des autres retraites issues des régimes obligatoires, pour les autres catégories</i>	Néant	75%
Taux compris entre 33 et moins de 66 %	Néant	Néant

Au titre II-Dispositions générales, sont définis notamment les conditions d'adhésion, la durée des garanties, les exclusions, l'assiette des prestations et des cotisations, et au titre III- Dispositions relatives à chaque garantie, les garanties, les bénéficiaires, la durée de l'indemnisation et les conditions de règlement des prestations.

Chapitre I

L'ADHÉSION

Quels sont les membres participants qui peuvent adhérer et les modalités d'adhésion ?

Les membres participants de l'offre santé référencée par par l'Agence Française pour la Biodiversité et assurée auprès d'Harmonie Mutuelle qui peuvent adhérer au contrat sont :

- les agents titulaires (fonctionnaires) actifs ;
- les agents non titulaires de droit public (contractuels) actifs ;
- les fonctionnaires stagiaires (pré-titularisation).

Et Employés par l'Agence Française pour la Biodiversité.

Votre demande d'adhésion doit être formalisée par le biais de la signature d'un bulletin d'adhésion dûment complété.

Dès lors que les conditions d'adhésion définies ci-après sont remplies, et sous réserve que l'adhésion soit acceptée par le médecin conseil de Mutex si votre adhésion est soumise à la fourniture d'un questionnaire médical, vous êtes affilié au contrat et êtes alors dénommé « assuré ».

Quelles sont les conditions d'adhésion ?

Si vous adhérez entre le 1/1/2018 et le 31/12/2018, votre adhésion s'effectue sans aucune formalité médicale.

Toutefois, si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident, ou si vous bénéficiez d'un temps partiel thérapeutique à la date de votre demande d'adhésion, votre adhésion prend effet 30 jours après une reprise d'activité à temps complet. Si, au cours de ce délai, vous bénéficiez d'un nouvel arrêt de travail pour accident ou maladie ou d'un nouveau temps partiel thérapeutique, la prise d'effet de votre adhésion est à nouveau soumise à la condition d'une reprise d'activité à temps complet de 30 jours ininterrompus à compter du début de cette nouvelle reprise.

Si vous adhérez à compter du 1^{er} Janvier 2019, il convient de distinguer deux cas :

. Si votre ancienneté dans la fonction publique est égale ou inférieure à cinq ans votre adhésion s'effectue sans aucune formalité médicale.

Toutefois, si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident, ou si vous bénéficiez d'un temps partiel thérapeutique à la date de votre demande d'adhésion, votre adhésion prend effet 30 jours après une reprise d'activité à temps complet.

Si, au cours de ce délai, vous bénéficiez d'un nouvel arrêt de travail pour accident ou maladie ou d'un nouveau temps partiel thérapeutique, la prise d'effet de votre adhésion est à nouveau soumise à la condition d'une reprise d'activité à temps complet de 30 jours ininterrompus à compter du début de cette nouvelle reprise.

. Si votre ancienneté dans la fonction publique est supérieure à cinq ans, votre demande d'adhésion est conditionnée à la production d'un questionnaire médical complet

Le questionnaire médical complet doit être adressé au médecin conseil de Mutex sous pli confidentiel, par l'intermédiaire du souscripteur (Harmonie Mutuelle). Il est valable trois mois à compter de la date de signature. Au-delà de ce délai, il devient caduc et un nouveau questionnaire actualisé doit être adressé au médecin conseil de Mutex.

Toute modification de votre état de santé qui surviendrait avant la date de l'avis médical doit être signalée au médecin conseil de Mutex, sous peine de nullité de l'assurance conformément aux dispositions prévues au Chapitre V « Dispositions Diverses » (cf « Fausse déclaration intentionnelle »).

Après examen du questionnaire médical, le médecin conseil peut :

- soit accepter l'adhésion sans réserve ;
- soit l'accepter en émettant des exclusions de pathologie(s).

En cas d'acceptation avec exclusions de pathologie(s), le membre participant devra fournir à chaque arrêt de travail donnant lieu à une demande de prestation, un certificat médical précisant la pathologie à l'origine de l'arrêt de travail.

Les conditions d'acceptation ou non de l'adhésion au contrat collectif donnent lieu à la délivrance d'un certificat d'acceptation ou de refus d'adhésion.

Un questionnaire médical complet devra également être adressé au médecin conseil de Mutex en cas de changement de formule d'un niveau de garanties supérieur et ce quel que soit la date de demande de changement de formule (montant supérieur de prestation(s) ou/et ajout d'une nouvelle garantie) nonobstant les modalités de changement définies au titre II.

Dans ce cas, le médecin conseil pourra également refuser la demande de changement de formule d'un niveau de garanties supérieur, au membre participant.

Comment renoncer à votre adhésion et quels en sont les effets ?

Vous pouvez renoncer à votre adhésion pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature figurant sur votre bulletin d'adhésion, concomitamment à votre adhésion à l'offre santé référencée.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, datée, signée et envoyée à Harmonie Mutuelle.

La lettre de renonciation peut être rédigée en ces termes :

Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat de prévoyance n°....., effectuée le, et demande le remboursement total des cotisations le cas échéant déjà versées. Date et signature.

Harmonie Mutuelle vous restituera l'intégralité des cotisations le cas échéant déjà versées, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de votre lettre de renonciation.

Dès lors que vous avez renoncé à l'adhésion au contrat pour quelque motif que ce soit, vous ne pourrez plus prétendre à prestation.

Quelles sont la prise d'effet et la durée de votre adhésion ?

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation :

- au premier jour du mois civil suivant la réception de votre bulletin d'adhésion par Mutex si votre adhésion n'est pas soumise à formalité médicale ;
- à l'issue d'une période de 30 jours ininterrompus de reprise d'activité à temps complet si vous êtes en arrêt de travail ou à temps partiel thérapeutique, et si votre adhésion n'est pas soumise à formalité médicale ;
- au premier jour du mois civil suivant l'acceptation médicale si votre adhésion est soumise à formalité médicale, et au plus tôt à la date d'effet du contrat.

La date d'effet de votre adhésion figure au certificat d'adhésion.

En cas de défaut de paiement de la première cotisation, la date de prise d'effet de votre adhésion est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

L'adhésion se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation de votre part dans les conditions définies ci-après, ou en cas de votre radiation, démission ou exclusion à l'offre santé référencée.

En cas de votre radiation, démission ou exclusion à l'offre santé, votre adhésion au contrat prend fin à la même date d'effet que votre radiation, démission ou exclusion à l'offre santé.

Tout sinistre dont la date de survenance est antérieure à la date de prise d'effet de votre adhésion ne peut donner lieu à aucune prestation au titre du contrat.

A l'arrivée du terme du contrat ou à sa résiliation, aucune nouvelle adhésion ne peut être acceptée et les adhésions en cours prennent fin à la date du terme du contrat ou à sa date de résiliation.

[Dans quels cas et comment vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion ?](#)

Vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion au contrat, en même temps que la résiliation à l'offre santé référencée, à chaque échéance annuelle, c'est à dire au 31 décembre de l'année en cours.

La demande doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception, à Harmonie Mutuelle au moins deux mois avant cette date.

Vous pouvez également demander la résiliation de votre adhésion en cas de révision des cotisations du contrat, en même temps que la résiliation à l'offre santé référencée, à chaque échéance annuelle.

Votre demande doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception, à Harmonie Mutuelle au plus tard dans les 30 jours suivant la notification de la révision des cotisations.

Chapitre II

LA DURÉE DES GARANTIES

[Quand les garanties prennent-elles effet ?](#)

Les garanties prennent effet à la date d'effet de votre adhésion telle que définies au Chapitre I « L'adhésion ».

Tout sinistre dont la date de survenance est antérieure à la date de prise d'effet des garanties ne peut donner lieu à aucune prestation au titre du contrat.

[Quand cessent-elles ?](#)

Les garanties cessent, sauf en cas de maintien des garanties tel que prévu ci-après (cf « Dans quels cas les garanties sont-elles maintenues ? »), soit :

- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions définies au Chapitre I « L'adhésion » pour bénéficier du contrat ;
- à la date de résiliation de votre adhésion ;
- à la date de votre radiation, de démission ou d'exclusion à l'offre santé référencée ;
- en cas de non-paiement des cotisations par vous-même ou le souscripteur ;

- en cas de cessation de votre fonction et notamment en cas de cessation de votre activité dès lors que vous êtes admis à faire valoir vos droits à la retraite ;
- à l'âge minimum légal de départ à la retraite pour les garanties invalidité et incapacité permanente professionnelle ;
- à l'âge minimum légal auquel vous pouvez liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent pour les garanties incapacité temporaire totale et l'ensemble des garanties décès ;
- au jour de votre décès ;
- et en tout état de cause à la date de résiliation ou du terme du contrat.

[Quand sont-elles suspendues ?](#)

Les garanties prévues par le contrat sont suspendues de plein droit lorsque la suspension de votre activité ne donne pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'organisme public.

Il en est ainsi notamment en cas de congé parental, congé de solidarité familiale et tout autre congé non rémunéré.

La suspension des garanties intervient à la date de prise d'effet de votre congé non rémunéré.

Les garanties reprennent effet dès la reprise effective de votre travail sous réserve que votre statut vous permette toujours de bénéficier du contrat en tant qu'assuré et ce conformément au Chapitre I « L'adhésion », et qu'Harmonie Mutuelle en soit informée dans le mois suivant. **Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par Harmonie Mutuelle de votre déclaration.**

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due et les décès ou les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

Vous pouvez demander à bénéficier du maintien de toutes les garanties décès pendant toute la durée de suspension de votre activité dans les conditions définies ci-après (cf « En cas de suspension d'activité non rémunérée »).

[Dans quels cas les garanties sont-elles maintenues ?](#)

En cas de cessation de votre fonction autre que la mise à la retraite

A la date d'effet de la cessation de votre fonction autre que la mise à la retraite (notamment la démission, licenciement ou révocation), si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident, vous restez assuré au titre des garanties autres que les garanties décès pendant toute la durée de votre indemnisation dans les conditions contractuelles en vigueur au jour de la cessation de votre fonction, dès lors que vous bénéficiez à ce titre des prestations au titre du contrat ou que vos droits à prestation sont nés antérieurement à la date d'effet de la cessation de votre fonction.

À l'arrivée du terme du contrat, en cas de sa résiliation ou de la résiliation de votre adhésion

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date du terme du contrat, sa date de résiliation ou la date de résiliation de votre adhésion, continuent d'être assurées au niveau atteint à la date d'effet du terme du contrat, la date d'effet de sa résiliation ou la date d'effet de la résiliation de votre adhésion et ce, jusqu'à l'extinction des droits.

Le bénéfice des garanties en cas de décès est maintenu si vous bénéficiez de prestations incapacité ou invalidité au titre du

contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause.

En cas de suspension d'activité rémunérée

Lorsque la période de suspension de votre activité donne lieu à un maintien total ou partiel de rémunération, les garanties définies au contrat sont maintenues pendant toute la période de suspension de votre activité rémunérée, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

En cas de suspension d'activité non rémunérée

En cas de suspension de votre activité ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération, vous pouvez demander à bénéficier, à titre facultatif, du maintien de l'ensemble des garanties décès en contrepartie du paiement de la cotisation dans son intégralité et ce, sous réserve d'en faire la demande à Harmonie Mutuelle au plus tard dans les 15 jours suivants la date de prise d'effet de votre congé non rémunéré.

Les garanties décès et les taux de cotisation sont identiques à ceux en vigueur avant la date de prise de votre congé non rémunéré.

La rémunération de référence pour le calcul des prestations est la rémunération telle que définie au Chapitre IV « Les prestations » (cf « Quelle est l'assiette des prestations ? »), et qui précède la date du début de votre congé non rémunéré.

Dans le cas où la période des douze mois est incomplète, ou en cas d'arrêt de travail au cours de cette période, la reconstitution de la rémunération de référence est identique à celle définie au Chapitre IV « Les prestations » (cf « Quelle est l'assiette des prestations ? »).

La rémunération de référence servant de base au calcul des cotisations est égale à 1/12^{ème} de la rémunération telle que définie au Chapitre III « Les cotisations » (cf « Quelle est l'assiette des cotisations ? ») perçue au cours des douze derniers mois précédant la date du début de votre congé non rémunéré, et revalorisée en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice 100 brut de la fonction publique.

Vous devez régler le montant total des cotisations individuelles à Harmonie Mutuelle, pour la période correspondant à la durée totale de suspension de votre activité.

Harmonie Mutuelle reverse ensuite le montant intégral des cotisations à Mutex.

A défaut de paiement des cotisations, vous êtes radié et ne pouvez plus bénéficier du maintien des garanties décès.

Le maintien des garanties décès cesse :

- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions définies au Chapitre I « L'adhésion » pour bénéficier du contrat ;
- à la date de résiliation de votre adhésion ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de cessation de votre fonction et notamment en cas de cessation de votre activité dès lors que vous êtes admis à faire valoir vos droits à la retraite ;
- à l'âge minimum légal auquel vous pouvez liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent ;
- au jour de votre décès ;
- et en tout état de cause à la date de résiliation ou du terme du contrat.

Chapitre III

LES COTISATIONS

Quelle est l'assiette des cotisations ?

La rémunération de référence servant de base au calcul des cotisations est composée du traitement indiciaire brut, du régime indemnitaire, et de la nouvelle bonification indiciaire versée par l'organisme public à l'assuré.

En cas d'arrêt de travail suite à une maternité, une maladie ou un accident, la cotisation a pour base de calcul la rémunération brute reconstituée que vous auriez perçue si vous aviez continué à travailler.

Quelles sont les conditions de paiement des cotisations ?

La cotisation annuelle est payable par le souscripteur du contrat à Mutex trimestriellement à terme échu, au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil.

Le règlement est accompagné, en retour, de l'avis d'appel de cotisations adressé par Mutex, et dûment complété par le souscripteur.

Le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations.

Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement de la cotisation ?

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation par le souscripteur dans les dix jours de son échéance, après une mise en demeure adressée par Mutex à ce dernier par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues.

Les arrêts de travail ou les décès intervenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

Faute de paiement dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le contrat est résilié automatiquement sans pour autant libérer le souscripteur du paiement de l'intégralité des cotisations dues.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés la cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Chapitre IV

LES PRESTATIONS

Quelle est l'assiette des prestations ?

La rémunération de référence est la rémunération brute ayant été soumise à cotisation au titre du contrat au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, revalorisée sur la base du taux de revalorisation tel que défini ci-après (cf « Comment les prestations sont-elles revalorisées ? »).

Lorsque la période des douze mois est incomplète, la rémunération de référence définie ci-dessus est reconstituée sur la base de la rémunération du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, la rémunération de référence est la rémunération brute intégralement reconstituée.

Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ?

Le total des prestations complémentaires versées ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes de même nature servies par la Sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne et prestation complémentaire pour recours à tierce personne), au traitement versé par l'organisme public au titre de ses obligations statutaires, à la rémunération versée par l'organisme public (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, vous permettre de percevoir en net plus que votre rémunération nette d'activité telle qu'elle est définie ci-après.

On entend par « rémunération d'activité » :

- si vous n'exercez plus d'activité, la rémunération de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisée sur la base du taux de revalorisation tel que défini ci-après ;
- si vous exercez une activité à temps partiel, la rémunération que vous auriez perçue si vous aviez repris votre activité dans des conditions normales de travail, laquelle est calculée sur la base de la rémunération que vous percevez au titre de votre activité à temps partiel, reconstituée à hauteur de votre temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

Comment les prestations sont-elles revalorisées ?

En cours de vie du contrat, la rémunération de référence servant de base au calcul des prestations incapacité temporaire totale, invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès est revalorisée pour les assurés en fonction de la variation de la valeur du point d'indice 100 brut de la fonction publique constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date à laquelle l'assuré ou le bénéficiaire peut prétendre contractuellement au versement des prestations,

A compter du terme du contrat ou à sa date de résiliation, les revalorisations cesseront d'être appliquées.

Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice 100 brut de la fonction publique connue au 1^{er} janvier de l'année précédente.

La cotisation référence servant de base de calcul à la première revalorisation est la rémunération précédant votre arrêt de travail, invalidité, incapacité permanente professionnelle ou décès.

A compter du terme du contrat ou à sa date de résiliation, les revalorisations cesseront d'être appliquées, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date.

Revalorisation des capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations

Conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, les capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des capitaux versés en cas d'accident, font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2° de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?

Exclusions concernant les garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie

Sont exclus des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie les sinistres résultant :

- de guerre étrangère ou civile dès lors que vous y prenez une part active ;
- de la désintégration de noyau atomique ;
- d'un déplacement ou séjour dans une zone relevant d'une classification formellement déconseillée, ou déconseillée sauf raison professionnelle, telle que publiée sur le site du ministère des affaires étrangères français.

Exclusions concernant l'incapacité temporaire totale, l'incapacité permanente professionnelle et l'invalidité

Sont exclus des garanties incapacité temporaire totale, invalidité et incapacité permanente professionnelle les sinistres résultant de faits intentionnellement et volontairement provoqués.

Déchéance

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire à votre encontre est déchu de tout droit aux garanties décès. Les capitaux décès sont alors versés aux autres bénéficiaires suivant l'ordre de la désignation sauf s'ils ont été eux-mêmes condamnés comme co-auteurs ou complices.

Chapitre V

DISPOSITIONS DIVERSES

Contrôles et expertises

Mutex peut à tout moment faire procéder à toute visite médicale, tout contrôle et toute enquête qu'il jugerait nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

Mutex peut ainsi notamment vous demander de subir un examen médical approfondi soit auprès de son propre médecin conseil, soit auprès d'un médecin que vous pouvez choisir en dehors de votre médecin traitant. Mutex statue ensuite selon l'avis formulé par le médecin et vous notifie sa décision.

Mutex procède à une expertise médicale si vous avez été reconnu en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle par la Commission de réforme, ou le cas échéant, par l'organisme public et ce, en se fondant sur les critères reconnus par le Code de la Sécurité sociale.

Mutex peut également effectuer lui-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'il estime utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si vous refusez ces contrôles ou refusez de fournir les pièces justificatives demandées par Mutex.

Litiges Médicaux

Toute contestation médicale doit être effectuée dans les trois mois qui suivent la notification prise à votre égard, pour être recevable.

La contestation médicale est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil de Mutex et votre médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande des deux médecins, par le président du tribunal de grande instance de votre domicile.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin expert choisi par Mutex pour le représenter lors de l'arbitrage restent à la charge de Mutex ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à votre égard, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à votre charge.

Réclamations et litiges

Pour toute réclamation, ou tout litige, vous pouvez vous adresser ainsi que votre employeur aux services de gestion de Mutex.

Après leur intervention, si la réclamation n'était pas réglée, vous pouvez écrire ainsi que votre employeur à MUTEX – Service Qualité Relation Adhérent – 125, avenue de Paris – 92327 Châtillon Cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui ont été faites.

En cas de litige, Mutex met à votre disposition et à celle de vos ayants droit la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et à leurs ayants droit, confrontés à une situation litigieuse avec Mutex, non résolue après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations.

Le médiateur de l'assurance peut être saisi par vous-même ou votre ayant droit en adressant la demande à l'adresse suivante :

La Médiation de l'assurance TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Ou par internet : <http://www.mediation-assurance.org>

Le texte complet de la charte de la médiation est accessible sur le site internet de Mutex : <https://www.mutex.fr>.

Organisme de contrôle

L'organisme de contrôle de Mutex est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout – 75009 PARIS.

Loi informatique et libertés

Dans le cadre de la gestion et de l'exécution du contrat, vos données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés mis en œuvre par Mutex. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre le blanchiment.

Vous disposez, ainsi que votre employeur, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant les données à caractère personnel ainsi que d'un droit de définir des directives relatives au sort de ces données après le décès. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier au Correspondant Informatique et Libertés de Mutex – 125 avenue de Paris – 92327 Châtillon Cedex, et en joignant à cette demande la copie d'un justificatif d'identité.

Les données collectées sont indispensables à ce traitement et sont destinées aux services concernés de Mutex et, le cas échéant, de ses sous-traitants et prestataires. Elles sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

Conformément à l'article 32 de la loi informatique et libertés, votre employeur vous informera que des traitements de données à caractère personnel vous concernant sont mis en œuvre dans le cadre de la gestion et de l'exécution du contrat.

Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à dix ans lorsque vous n'êtes pas le bénéficiaire des garanties et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont vos ayants droit.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Mutex en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter de la survenance de votre décès.

Quand votre action contre Mutex a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous-même ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par Mutex en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par votre employeur, le bénéficiaire ou votre ayant droit à Mutex, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, Mutex est subrogé, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions de l'assuré victime d'un accident ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Fausse déclaration intentionnelle

Les déclarations faites par vous-même servent de base aux garanties et constituent de ce fait un élément essentiel lors de votre adhésion.

Elles peuvent à tout moment être vérifiées par Mutex.

La garantie qui vous est accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Mutex, alors même que le risque omis ou dénaturé de votre part a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutex qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Chapitre VI

DÉFINITIONS

Conjoint

On entend par conjoint, votre époux (ou épouse) non divorcé(e) et non séparé(e) de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

Concubin

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec vous dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun (notamment quittance de loyer, facture EDF).

Partenaire de Pacs

On entend par partenaire de Pacs, la personne ayant conclu avec vous une convention solennelle (Pacte Civil de Solidarité) ayant pour but d'organiser votre vie commune (article 515-1 et suivants du Code civil). Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaire. L'existence d'un Pacs peut être prouvée soit par l'acte d'enregistrement au Tribunal d'Instance, soit par la copie du contrat de Pacs.

Franchise

On entend par franchise, la période d'arrêt de travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie, et pendant laquelle vous ne pouvez pas prétendre au service des prestations.

Sinistre

On entend par sinistre, l'événement pouvant mettre en jeu une garantie du contrat.

Perte totale et irréversible d'autonomie

On entend par perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), l'incapacité absolue d'exercer une profession, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Est en conséquence assimilée à la perte totale et irréversible d'autonomie :

- l'invalidité de 3^{ème} catégorie définie à l'article L.341-4 3^o du Code de la Sécurité sociale, et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale ;
- l'incapacité Permanente, définie à l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale, avec attribution d'une prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne, et dont le taux est égal ou supérieur à 80%.

Pour les fonctionnaires, la perte totale et irréversible d'autonomie sera constatée par une expertise médicale effectuée par Mutex dans les conditions prévues au Chapitre V « Dispositions diverses » (cf « Contrôles et expertises »).

Invalidité

Pour les fonctionnaires

Par invalidité, il faut entendre l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une quelconque activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, reconnue par la Commission de Réforme ou le cas échéant, par l'organisme public en cas d'invalidité permanente suite à un accident du travail et confirmée par une expertise médicale effectuée par

Mutex (selon les critères reconnus par le Code de la Sécurité sociale pour les 2^{ème} et 3^{ème} catégorie d'invalides) dans les conditions prévues au Chapitre V « Dispositions diverses » (cf « Contrôles et expertises »).

Pour les non fonctionnaires

Par invalidité, il faut entendre :

- les personnes dont l'invalidité est classée en 2^{ème} catégorie par la Sécurité sociale, telles que définies par l'article L. 341-4-2^o du Code de la Sécurité sociale : « Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque » ;
- les personnes dont l'invalidité est classée en 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale, telles que définies par l'article L. 341-4-3^o du Code de la Sécurité sociale : « Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ».

Incapacité permanente professionnelle

Pour les fonctionnaires

Par incapacité permanente professionnelle, il faut entendre l'incapacité consécutive à un accident du travail mettant à elle seule l'assuré dans l'incapacité définitive d'exercer une quelconque activité professionnelle.

Cette incapacité sera appréciée par la Commission de Réforme, ou le cas échéant, par l'organisme public qui décidera de la mise à la retraite pour invalidité de l'assuré, et sera confirmée par une expertise médicale effectuée par Mutex (selon les critères reconnus par le Code de la Sécurité sociale pour les 2^{ème} et 3^{ème} catégorie d'invalides) dans les conditions prévues au Chapitre V « Dispositions diverses » (cf « Contrôles et expertises »).

Pour les non fonctionnaires

Par incapacité permanente professionnelle, il faut entendre l'incapacité permanente professionnelle reconnue par la Sécurité sociale en application de l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66%, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66% qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2^{ème} catégorie ou de 3^{ème} catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

Chapitre VII

FORMULE DE GARANTIES

Choix de formules de garanties

Au moment de votre adhésion, vous pouvez choisir une formule de garanties parmi les deux formules définies au tableau synthétique des garanties et prestations.

Vous choisissez soit la formule 1 ou 2 et vous ne pouvez en aucun cas panacher les formules.

Votre choix peut être modifié au 1^{er} janvier de chaque année à condition qu'à la date de votre demande vous ne soyez pas en arrêt de travail pour maladie ou accident, ou que vous ayez repris votre activité au moins 30 jours continus.

Vous devez adresser votre demande au plus tard le 31 octobre de l'année précédente, à Harmonie Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, et en cas de changement de formule d'un niveau de garanties supérieur (montant supérieur de prestation(s) ou/et ajout d'une nouvelle garantie)

fournir un questionnaire médical complet conformément aux dispositions définies au Chapitre I « L'adhésion » (cf « Quels sont les conditions d'adhésion ? »).

A défaut de choix de formule, les garanties et les prestations de la formule 1 sont retenues.

Chapitre VIII

GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Quel est l'objet de la garantie ?

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie Décès.

Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires soit au moyen du formulaire de désignation de bénéficiaire, soit par voie d'acte authentique, soit par acte sous seing privé.

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par Mutex lors du décès de l'assuré.

La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Toutefois, la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par un écrit signé de Mutex, de l'assuré et du bénéficiaire ;
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à Mutex pour lui être opposable.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant ;
- à défaut au concubin ou au partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par part égales entre eux ;
- à défaut aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire est l'assuré lui-même.

Quel est le montant du capital ou perte totale et irréversible d'autonomie ?

Le montant du capital est fixé au tableau des garanties figurant au « I Tableau Synthétique des garanties et prestations ».

Quelles sont les conditions de règlement du capital ?

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées en annexe et sous réserve, le cas échéant pour la perte totale et irréversible d'autonomie du contrôle médical prévu au Chapitre V.

Chapitre IX

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Quel est l'objet de la garantie ?

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier d'indemnités journalières lorsque vous vous trouvez momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle quelconque, par suite d'un arrêt de travail prescrit par un médecin, en raison d'une maladie ou d'un accident reconnu par l'organisme public ou la Sécurité sociale.

Quel est le point de départ de l'indemnisation ?

Pour les fonctionnaires et non fonctionnaires bénéficiant du maintien de traitement par l'organisme public

Les indemnités journalières complémentaires sont servies au plus tôt à compter de la fin de la période rémunérée à plein traitement par l'organisme public au titre de son obligation statutaire.

Pour les fonctionnaires et non fonctionnaires ne bénéficiant pas du maintien de traitement par l'organisme public

Les indemnités journalières complémentaires sont servies à l'issue d'une franchise de 90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu.

Quel est le montant de la prestation ?

Le montant de la prestation est fixé au tableau des garanties figurant au « I Tableau Synthétique des garanties et prestations ».

Cette prestation s'entend sous déduction :

- pour les fonctionnaires et non fonctionnaires bénéficiant du maintien de traitement par l'organisme public : de 50% du traitement versé par l'organisme public au titre de ses obligations statutaires et/ou des prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale ;
- pour les fonctionnaires et non fonctionnaires ne bénéficiant pas du maintien de traitement par l'organisme public : des prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100% de sa rémunération nette d'activité, conformément aux conditions définies à l'article 20.

Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe, dans un délai de 6 mois, à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations et le cas échéant, du contrôle médical prévu au Chapitre V.

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'événement ou en cours de service des prestations.

Les indemnités journalières sont versées au fur et à mesure de la réception des pièces visées en annexe justifiant de l'arrêt de travail ou de sa prolongation.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme seraient réduites ou suspendues, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par le présent contrat.

Quelle est la durée de l'indemnisation ?

Les indemnités journalières sont servies :

- dans la limite des droits à congé maladie prévus par les statuts de la Fonction Publique d'Etat pour les fonctionnaires de l'Agence France Biodiversité ;

- aussi longtemps que les non fonctionnaires sont en arrêt de travail pour maladie ou accident donnant lieu à versement d'indemnités journalières par la Sécurité sociale.

Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?

Le service des Indemnités Journalières prend fin à dater soit :

- du jour où l'organisme public ou la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- du jour de votre reprise de travail à temps complet ;
- du jour de votre reprise de travail à temps partiel ;
- du jour de votre décès ;
- de la décision défavorable du médecin conseil en cas de contrôle médical ;
- de la date de liquidation de votre pension de retraite de base ;
- du jour où vous ne remplissez plus les conditions exigées par le contrat pour bénéficier des prestations.

Chapitre X

GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

La souscription de cette garantie est prévue uniquement à la formule 2.

Quel est l'objet de la garantie ?

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier d'une rente temporaire d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle (IPP) telles que définies au Chapitre VI.

Quel est le point de départ de l'indemnisation ?

Les rentes d'invalidité ou d'incapacité professionnelle sont servies à compter :

- de la date d'attribution par la Commission de Réforme, ou le cas échéant en cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP) par l'organisme public, d'une rente d'invalidité confirmée par une expertise médicale effectuée par Mutex (selon les critères reconnus par le Code de la Sécurité sociale pour les 2^{ème} et 3^{ème} catégories d'invalides) pour les fonctionnaires ;
- de la date d'attribution par la Sécurité sociale, d'une rente d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou d'une rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66%, pour les non fonctionnaires.

Quel est le montant de la prestation ?

Le montant de la prestation est fixé au tableau des garanties figurant au « I Tableau Synthétique des garanties et prestations ».

Cette prestation s'entend sous déduction :

- pour les fonctionnaires : de la pension d'invalidité versée par l'organisme public, brute de CSG/CRDS, et éventuellement des autres retraites issues des régimes obligatoires ;
- pour les non fonctionnaires : de la pension d'invalidité brute de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale et éventuellement des autres retraites issues des régimes obligatoires.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100% de sa rémunération nette d'activité, conformément aux conditions définies à l'article 20.

Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

Les demandes de rentes doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe.

Les rentes servies vous sont directement versées, mensuellement à terme échu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'événement ou en cours de service des prestations.

Durée de l'indemnisation

La rente est servie aussi longtemps que vous percevez une rente d'invalidité ou une pension d'incapacité permanente professionnelle octroyée soit :

- par la Commission de réforme ou le cas échéant en cas d'IPP par l'organisme public, pour les fonctionnaires ;
- par la Sécurité sociale pour les non fonctionnaires.

Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?

Le service de la rente est interrompu à compter soit :

- du jour où vous exercez même partiellement une quelconque activité professionnelle, sauf si celle-ci est justifiée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques ;
- du jour où la Sécurité sociale ou l'organisme public cesse le versement de votre pension d'invalidité ou de votre rente d'incapacité permanente professionnelle ;
- du jour où vous ne pouvez plus justifier d'une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 66% ;
- du jour où vous ne remplissez plus les conditions exigées par le contrat pour bénéficier des prestations ;
- à compter de la date d'admission à la retraite.

» Annexe 1 : pièces justificatives à fournir pour toute demande de prestations

Toutes autres pièces nécessaires au paiement des prestations peuvent être réclamées notamment celles mentionnées sur le formulaire de demande de prestations

PIÈCES A FOURNIR	CAPITAL DÉCÈS	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ OU INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE
1/ Demande de prestation signée par Harmonie Mutuelle.	•	•	•
2/ Un bulletin de décès.	•		
3/ Certificat médical (adressé sous pli confidentiel à HARMONIE MUTUELLE pour le Médecin Conseil de MUTEX) indiquant les circonstances du décès (naturelles, accidentelles, suicide). En cas de décès accidentel, le procès verbal de gendarmerie ou le rapport de police.	•		
4/ Les justifications utiles de l'identité, la qualité et l'adresse du ou des bénéficiaire(s).	•		
5/ Pour le membre participant fonctionnaire : - une attestation de l'employeur mentionnant l'historique des arrêts de travail (initial et prolongations) couvrant la période à plein traitement ou demi-traitement ou sans traitement du membre participant ; - le cas échéant, l'avis du Comité Médical Départemental, ou - en cas d'I.P.P., la décision de l'employeur concernant la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ou de l'accident, Pour le membre participant non fonctionnaire ou non titulaire de la Fonction Publique - une attestation de l'employeur mentionnant l'historique des arrêts de travail (initial et prolongations) couvrant la période à plein traitement, demi-traitement et sans traitement du membre participant, - un décompte des prestations en espèces, émanant de la Sécurité sociale et justifiant de l'incapacité de travail (arrêt initial et prolongations éventuelles).		•	•
6/ Pour le membre participant fonctionnaire : attestation par la copie du certificat de pension civile d'invalidité, ainsi que l'avis favorable du médecin conseil de MUTEX après expertise médicale mentionnant le taux global d'invalidité et ultérieurement, l'avis de la Commission de Réforme [le cas échéant la décision de reconnaissance de l'employeur de l'invalidité permanente suite à un accident du travail], attestant de la mise en retraite pour invalidité, Pour le membre participant non-fonctionnaire ou non titulaire de la Fonction Publique : copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 2° ou 3° catégorie ou d'une rente d'accident du travail émise par la Sécurité sociale pour une incapacité supérieure ou égale à 66%.			• •
7/ Une fois par an, le bulletin mensuel de la pension d'invalidité du membre participant.			•

Garantie d'assistance santé

Notice d'information au 01/01/2023

» Domaine d'application

Définitions

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- Les accidents vasculaires cérébraux ;
- Les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- Les éventrations ;
- Les hernies abdominales ;
- Les hydrocutions ;
- Les infarctus du myocarde ;
- Les lésions méniscales ;
- Les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- Les lombalgies, les lumbagos ;
- Les ruptures d'anévrisme ;
- Les sciatiques.

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre collectif à la Mutuelle.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'Adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhérent et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur. Cet attentat devra être recensé par l'État Français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale (AVS) : la mission de l'auxiliaire de vie sociale consiste à aider les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.

Ayants droit : sont considérés comme ayants droit de l'Adhérent ceux inscrits comme tels par cet Adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à la Mutuelle et ses ayants-droit.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'Alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants Ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Réunion. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Établissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

État d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Étranger : tout pays en dehors du pays de domicile en France ou des DROM.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la notice d'information. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation dès l'ambulatoire ;
- une maternité ;
- un traitement anticancéreux ;
- une immobilisation ;
- un accompagnement des situations de handicap ;
- une maladie, un accident ou une blessure.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés d'Andorre et de Monaco) et les DROM (la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Réunion).

Fratric : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD), dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation en ambulatoire : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (Bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité aides déjà en place...). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie soudaine à l'étranger : désigne une pathologie inattendue et non récurrente qui nécessite un traitement d'urgence pour prévenir ou atténuer le danger présent sur la vie ou la santé. Une situation d'urgence n'existe plus lorsque les données médicales indiquent que le Bénéficiaire est capable de rentrer dans son pays de résidence habituelle pour obtenir et/ou continuer son traitement.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.

Pays de séjour : pays dans lequel le Bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information en dehors de son pays de résidence.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par le Bénéficiaire. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicaux nécessaires : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance Maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un Bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitement : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et dans la limite de 500 Euros TTC pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

Titre I **DOMAINE D'APPLICATION**

Article 1 – **Bénéficiaires**

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance dont peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- Toute personne domiciliée en France ou dans les DROM ayant adhéré à la Mutuelle Harmonie Mutuelle et à un règlement mutualiste santé ou à un contrat collectif santé et auxquels a été remis un descriptif de garanties faisant mention de la garantie assistance, dénommée « l'Adhérent » ;
- Et le cas échéant, ses Ayants droit.

Article 2 – **Prise d'effet et durée des garanties**

Les garanties d'assistance prennent effet à la même date de souscription que les garanties « Frais de Santé » d'Harmonie Mutuelle des Bénéficiaires.

Les garanties d'assistance suivent le sort des garanties frais de

santé d'Harmonie Mutuelle, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

Article 3 - Couverture géographique

La couverture géographique est valable :

- Au domicile, en France ou dans les DROM, pour l'assistance de tous les jours ;
- Pour tout déplacement* en France ou dans les DROM** (au-delà de 50 kilomètres du domicile pour la prestation « Transfert médical ») ;
- Dans le monde entier pour l'Assistance à l'étranger.

* Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

** Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

Article 4 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs suivants survenant au Bénéficiaire. Ils sont définis dans la notice d'information et peuvent être les suivants :

- Une hospitalisation dès l'ambulatorio ;
- Une maternité ;
- Un traitement anticancéreux ;
- Une immobilisation ;
- Un accompagnement des situations de handicap ;
- Une maladie, un accident ou une blessure.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, **à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.**

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

Article 5 - Modalités de mise en œuvre

Contactez l'Assisteur

Sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

- ▶ Par téléphone :  **0 969 322 075**
APPEL NON SURTAXE
- ▶ Pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :
par téléphone : 00 33 969 322 075
par mail : international@rassistance.fr
- ▶ Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à :
medecinconseil@rassistance.fr

Sans oublier :

- De rappeler le numéro d'Adhérent ;
- De préciser nom, prénom et adresse du Bénéficiaire.

Lors du premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt jours (20 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la séance.

Pour le conseil, le transfert médical et l'assistance à l'étranger, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande. Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

Article 6 - Intervention

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

Article 7 - Application des prestations

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur.

Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande.

En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats.

L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu). Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en oeuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

Dans le cadre d'un soutien psychologique ou d'un accompagnement social, l'Assisteur soumis à une obligation de moyens concernant la mise en oeuvre des prestations d'accompagnement, s'engage à :

- Fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les cinq (5) jours ouvrés suivant le premier contact avec le Bénéficiaire ;
- Assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement ;
- Apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale et psychologue.

Titre II **ÉCOUTE, CONSEIL ET ORIENTATION**

Le Service Écoute, Conseil et Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin de leur assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation évoqués. L'Assisteur peut également, à leur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront les aider et réaliser les services dont ils ont besoin.

Le coût de la prestation restant à la charge du Bénéficiaire.

Article 8 - Information juridique

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

- Réglementaire :
 - Habitation/logement ;
 - Justice/défense/recours ;
 - Vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...) ;
 - Assurances sociales/allocations/retraites ;
 - Fiscalité ;
 - Famille.
- Pratique :
 - Consommation ;
 - Vacances/loisirs ;
 - Formalités/cartes/permis ;
 - Enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques. En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

Article 9 - Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- Infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST) ;
- Contraception ;
- Interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- Hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- Grossesse, puériculture et maladies infantiles ;

- Hygiène de vie, sport ;
- Pathologies liées au vieillissement ;
- Vaccinations, réactions aux médicaments ;
- Addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs) ;
- Diététique, régimes ;
- Médecines complémentaires, médecines douces ;
- Santé en voyage : vaccins, précautions médicales...

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos de :

- Maladies professionnelles ;
- Troubles musculo squelettiques (TMS) ;
- Risques psychosociaux (RPS) ;
- Bilans de santé.

Article 10 - Soutien psychologique

Le soutien est réalisé par des psychologues sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, non limités par année civile.

Un soutien spécifique destiné aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs est proposé dans les situations suivantes :

- Difficulté scolaire ;
- Difficulté autour de l'entrée dans la vie active ;
- Situation de harcèlement ou agression ;
- Conduites à risques, conduites addictives ;
- Souffrance psychologique...

Un soutien peut être proposé à l'Adhérent ou à son ayant droit pour des problématiques de santé pour :

- L'annonce d'une maladie ;
- Le parcours de soins ;
- L'image de soi, gestion des douleurs ;
- L'impact de la maladie sur l'équilibre de vie.

Un soutien spécifique est assuré en cas de difficultés professionnelles telles que :

- Risques psychosociaux (RPS) ;
- État de stress au travail ;
- Situation d'agression et de violence ;
- Épuisement...

Un soutien psychologique adapté est proposé aux aidants pour :

- Travail autour de la culpabilité ;
- Réflexion autour des rôles dans le couple ou dans la famille ;
- Prévention de l'épuisement ;
- Au moment du deuil de la personne aidée.

En cas de décès, le proche pourra recourir au service de soutien psychologique afin de l'accompagner dans son travail de deuil. Après évaluation du psychologue et accord du Bénéficiaire, un suivi thérapeutique de proximité peut être proposé et organisé.

Article 11 - Appels de convivialité

Ces entretiens animés par un écoutant social ne sont pas limités par année civile. Ils ont vocation à rompre l'isolement et à faciliter la restauration d'une vie sociale.

Ces entretiens visent à créer un cadre d'échange bienveillant en s'appuyant sur les centres d'intérêt du Bénéficiaire afin de le mobiliser pour retrouver une vie sociale sur son territoire de vie.

Article 12 - Accompagnement social

L'accompagnement est réalisé par des assistantes sociales ou conseillères en Économie Sociale et Familiale sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels.

Des informations destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur les thèmes suivants :

- Cursus scolaire et universitaire (scolarité et handicap, financement des études...) ;
- Entrée dans la vie active, accès aux droits, gestion d'un budget, logement...

Le service social peut aider le Bénéficiaire et l'informer dans les domaines suivants :

- Aide au budget : bilan de la situation (ressources, charges, endettement, surendettement), recherche de solutions pour équilibrer le budget ;

- Soutien à la parentalité : mode de garde, coparentalité, nutrition, relations familiales et conjugales ;
- Soutien en cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et/ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite...);
- Aide au départ à la retraite : démarches administratives, projection budgétaire, investissement d'un nouveau rôle social.

Un accompagnement social adapté est proposé aux aidants pour :

- Rechercher et financer des solutions de répit (hébergement temporaire, accueil de jour...);
- Organiser et financer du soutien à domicile (aide et soins à domicile...);
- faciliter la conciliation vie professionnelle/vie privée (congé, allocations...).

Un conseil personnalisé concernant les Services à la Personne peut être prodigué pour :

- Trouver l'organisme (aide à domicile, aide aux familles, aide aux déplacements...);
- Constituer des dossiers de demande de financement (Caisses de retraite, Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), aide sociale...);
- Rechercher, si la situation le justifie, une aide au financement des restes à charge.

En cas de décès, le proche pourra bénéficier d'un accompagnement social pour :

- Réaliser les démarches administratives,
- Rechercher des aides pour le financement des obsèques,
- Faciliter une nouvelle organisation de la famille.

Article 13 - Accompagnement spécifique à la parentalité

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Un interlocuteur qualifié est à la disposition du Bénéficiaire et le coût de ces conseils est pris en charge par l'Assisteur.

Titre III PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX

Article 14 - Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses
Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage.

Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

Article 15 - Prestations en cas d'hospitalisation dès l'ambulatoire, toute hospitalisation de plus de 24 heures, en cas de maternité ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné. Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité et pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

15.1 Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, **à concurrence d'un maximum de 10 heures.**

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par l'Assisteur.

15.2 Autres prestations de bien-être et de soutien en substitution

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge, sur justificatifs, une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile, parmi les prestations suivantes :

- Auxiliaire(s) de vie ;
- Entretien(s) du linge ;
- Prestation(s) de livraison de courses alimentaires ;
- Petit jardinage ;
- Séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure ;
- Service(s) de portage de repas ;
- Séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

Les prestations mises en place et leur durée sont déterminées par l'Assisteur.

15.3 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés sans limite d'âge ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou de l'immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et prend en charge :

- Soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation.** Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- Soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Adhérents domiciliés dans les DROM ;
- Soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

15.4 Garde des personnes dépendantes

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- Soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ;**
- Soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- Soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

15.5 Garde des animaux de compagnie

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 Euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cures thermales.

15.6 Dispositif de téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement, **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 Euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.**

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

15.7 Présence d'un proche au chevet

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du

même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

Article 16 - Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou radiothérapie du Bénéficiaire

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Cette prestation s'organise :

- Dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;
- Dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;
- Lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque séance.

Harmonie Santé Services propose également un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire (psychologue, assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale) afin de soutenir le Bénéficiaire à l'annonce de la maladie, pendant la durée du traitement, à la fin du protocole de soins ou en cas de pronostic vital engagé.

Article 17 - Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant Bénéficiaire

17.1 Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans
Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile **pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.**

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du Bénéficiaire salarié.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à : medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'assistance de l'Assisteur - à l'attention du médecin-conseil - 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

17.2 École à domicile ou soutien scolaire en ligne

La prestation « École à domicile ou soutien scolaire en ligne » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, **à compter du 14^{ème} jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant.** Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours.

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- **Soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation**

de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;

- **Soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.**

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique chimie, 1^{ère} et 2^{ème} langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

Article 18 - Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

18.1 Conseil médical en cas de maladie, d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. L'un des médecins de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

18.2 Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales. Celles-ci peuvent être :

- La poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- Le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- En cas d'accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le retour au domicile du Bénéficiaire après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du Bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- En ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi ;
- En utilisant le véhicule du Bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur ;

- En train ;
- En avion de ligne régulière ;
- En avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

- De l'organisation du transfert ;
- De la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi ;
- De l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel ;
- De l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.** Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

18.3 Retour des accompagnants

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ses proches.

Article 19 - Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, **et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours**, l'Assisteur prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. **L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 125 Euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits.** Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. **L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 Euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits.** L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais. **Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

Titre IV PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX ADHÉRENTS EN SITUATIONS DE HANDICAP

Lorsque le Bénéficiaire est en situation de handicap, l'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller. L'équipe est composée de psychologues et de travailleurs sociaux (Assistants de service social et Conseillers en Économie Sociale et Familiale (CESF)). Chaque accompagnement est assuré dans la durée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels. Les prestations d'assistance sont délivrées suite à une évaluation d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire. À tout moment, l'Assisteur propose la mise en relation avec un médecin qui pourra :

- Reprendre le vocabulaire spécifique ;
- Décrire le rôle des soignants ;
- Informer sur la nature des examens prescrits ;
- Expliquer les soins envisagés ou en cours.

Il ne s'agit en aucun cas d'un deuxième avis médical.

Article 20 - Lors de la survenue du handicap

Lorsqu'une altération des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques restreint les activités du quotidien, l'Assisteur propose au Bénéficiaire ou à son proche aidant la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller.

a) Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- Un espace d'écoute et de soutien ;
- Un soutien dans l'acceptation de la nouvelle situation ;
- Une aide au maintien ou à la restauration de la communication au sein de la famille ;
- Une aide pour la gestion de la douleur ressentie.

b) Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- Faire un état des lieux de la situation administrative ;
- Faciliter la reconnaissance du handicap et l'accès aux droits ;
- Favoriser l'organisation du quotidien.

c) Les prestations d'assistance

En cas de dépôt d'un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge, sur justificatifs (accusé de réception du dossier à la MDPH notamment, justificatif d'affiliation au régime obligatoire pour les personnes titulaires d'une pension d'invalidité 2^{ème} et 3^{ème} catégorie) l'une des prestations suivantes visant à mieux appréhender la nouvelle situation pour le Bénéficiaire et son entourage :

- Une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence de 30 heures ;
- Une prestation de bien-être et de soutien en substitution à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC maximum (sur justificatifs) :
 - Auxiliaire(s) de vie ;
 - Entretien(s) du linge ;
 - Prestation(s) de livraison de courses alimentaires ;
 - Petit jardinage ;
 - Séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure ;
 - Service(s) de portage de repas ;
 - Séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- Un soutien au Bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale) destiné à mieux appréhender cette nouvelle situation pour le Bénéficiaire et son entourage, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 Euros TTC ;
- Une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne ;
- La garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux

activités extra-scolaires et à la crèche ;

- Le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 Euros TTC ;
- Le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 Euros TTC ;
- L'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence de 10 heures.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

Article 21 - Au quotidien

Lorsque le handicap est reconnu par la MDPH, l'Assisteur propose au Bénéficiaire ou à son proche aidant la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller.

a) Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- Une restauration de l'estime de soi ;
- Un soutien dans le processus d'adaptation psychique ;
- Une gestion des symptômes corporels par le biais d'une initiation à des méthodes de relaxation.

b) Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- Rechercher des solutions d'aide humaine ou technique ;
- Soutenir la démarche d'accès à l'éducation, la formation et l'emploi ;
- Favoriser l'équilibre du budget.

c) Les prestations d'assistance

En complément d'une prestation accordée par la MDPH, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge sur justificatifs, dans la limite d'une fois par année civile, l'une des prestations suivantes destinée à faire face aux dépenses liées au handicap :

- Une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence de 30 heures ;
- Une prestation de bien-être et de soutien en substitution à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC maximum (sur justificatifs) :
 - Auxiliaire(s) de vie ;
 - Entretien(s) du linge ;
 - Prestation(s) de livraison de courses alimentaires ;
 - Petit jardinage ;
 - Séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure ;
 - Service(s) de portage de repas ;
 - Séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- Une prise en charge du reste à charge de fournitures (matériels paramédicales ou médicales) nécessaires et en lien avec la situation de handicap du Bénéficiaire dans la limite de 500 Euros TTC ;
- Une prise en charge du reste à charge d'une activité de loisirs adaptés ou d'un séjour vacances adaptées à la situation de handicap du Bénéficiaire dans la limite de 500 Euros TTC ;
- Une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne ;
- Un soutien au Bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 Euros TTC ;
- La garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- Le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM

dans la limite de 500 Euros TTC ;

- Le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 Euros TTC ;
- L'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

En complément :

- En cas de déménagement ou de changement d'emploi du Bénéficiaire handicapé, l'Assisteur organise la venue d'un accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale pour l'apprentissage du nouvel environnement. Cette prestation est prise en charge à concurrence de 10 heures dans les 30 jours suivant l'événement dans la limite d'une fois par an.
- En cas d'impossibilité pour le Bénéficiaire handicapé de se rendre seul sur son lieu d'examen, si personne ne peut l'accompagner et lorsque le Bénéficiaire doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour du Bénéficiaire depuis son domicile vers le lieu d'examen par le moyen le plus adapté (Taxi, Véhicule Sanitaire Léger (VSL), Ambulance...) et met à disposition un intervenant qualifié. Cette prestation est prise en charge à concurrence de 500 Euros TTC dans la limite d'une fois par an.

Article 22 - En situation de crise

Lorsqu'un Bénéficiaire reconnu par la MDPH est confronté à une situation de crise, l'équipe pluridisciplinaire de l'Assisteur évalue, conseille et accompagne le Bénéficiaire ou son proche aidant.

a) Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à donner accès à :

- Un soutien face aux émotions négatives ;
- Un soutien pour prévenir l'épuisement de l'aidant ;
- Un accompagnement spécifique au moment d'un deuil.

b) Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- Faciliter l'adaptation du domicile ;
- Favoriser l'organisation et le financement de solutions de répit pour l'aidant ;
- Informer sur les dispositifs de protection des majeurs ou le mandat de protection future.

c) Les prestations d'assistance

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou de maternité du Bénéficiaire en situation de handicap, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge sur justificatifs l'une des prestations suivantes permettant de faciliter le retour au domicile :

- Une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence de 30 heures ;
- Une prestation de bien-être et de soutien en substitution à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC maximum (sur justificatifs) :
 - Auxiliaire(s) de vie ;
 - Entretien(s) du linge ;
 - Prestation(s) de livraison de courses alimentaires ;
 - Petit jardinage ;
 - Séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure ;
 - Service(s) de portage de repas ;
 - Séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- Un soutien au Bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 Euros TTC ;
- L'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au sein de l'établissement ou au retour à domicile, à concurrence de 20 heures ;

- La garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- Le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 Euros TTC ;
- Le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 Euros TTC ;
- L'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence de 10 heures ;
- La prise en charge de la garde de l'animal d'assistance dans la limite de 500 Euros TTC.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement de l'aidant habituel avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge sur justificatifs, l'une des prestations afin de soutenir le Bénéficiaire handicapé :

- Une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence de 30 heures ;
- Une prestation de bien-être et de soutien en substitution à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC maximum (sur justificatifs) :
 - Auxiliaire(s) de vie ;
 - Entretien(s) du linge ;
 - Prestation(s) de livraison de courses alimentaires ;
 - Petit jardinage ;
 - Séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure ;
 - Service(s) de portage de repas ;
 - Séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- L'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au domicile du Bénéficiaire, à concurrence d'un maximum de 20 heures ;
- La garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- Le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 Euros TTC ;
- Le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 Euros TTC ;
- L'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

Titre V PRESTATIONS D'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

Article 23 - Cadre d'application spécifique de l'assistance à l'étranger

23.1 En cas de demande d'assistance à l'étranger

Les garanties d'assistance à l'étranger sont acquises lors de séjours à titre privé ou professionnel à l'étranger dont la durée n'excède pas 31 jours consécutifs. Si la durée totale du voyage est supérieure à 31 jours ou si aucune date n'est prévue pour le retour ou à la fin du séjour, la couverture cessera de plein droit 31 jours après la date de départ ou de début de séjour.

L'Assisteur se réserve le droit de réclamer au Bénéficiaire tout document attestant des dates de début et de fin de séjour (titres de transports, cartes d'embarquement, réservations d'hôtel...). La couverture est considérée comme complémentaire en vertu de la présente notice d'information. **L'Assisteur ne couvrira aucun coût qui peut être couvert par une autre institution, Caisse d'Assurance Maladie, compagnie d'assurance ou mutuelle, à l'exception des montants éligibles dépassant les limites couvertes par cette autre institution, compagnie d'assurance ou mutuelle dans les limites fixées dans la présente notice d'information.** L'Assisteur n'est aucunement responsable des conséquences d'une faute médicale ou d'un traitement insuffisant ou inadéquat.

23.2 Couverture géographique de l'assistance à l'étranger

Les prestations d'assistance à l'étranger s'appliquent dans tous les pays du monde entier (à l'exception de ceux visés ci-après) et s'entendent hors du pays du domicile du Bénéficiaire, à la suite d'un accident, de blessures, d'une maladie soudaine ou d'une hospitalisation imprévue dont le Bénéficiaire serait victime. **Les garanties sont acquises pour toute la durée du séjour à l'étranger n'excédant pas 31 jours consécutifs et effectué dans le cadre d'un déplacement privé ou professionnel et à but non médical.**

Sont exclus de la présente garantie les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, actes de piraterie, d'interdictions officielles, représailles, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens (quel que soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique), grèves, explosions, tremblements de terre, cyclones, éruptions volcaniques et autres catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure (liste susceptible de modification, informations disponibles auprès de l'assistance).

23.3 Faits générateurs dans le cadre de l'assistance à l'étranger

Les prestations sont acquises en cas d'accident, de blessures, de maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue survenant à l'un des Bénéficiaires.

Pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par les garanties d'assistance à l'étranger, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur en indiquant le plus clairement possible le lieu où il se trouve dans un délai de 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue.

Au cas où le Bénéficiaire se trouve dans l'incapacité de contacter en personne l'Assisteur en raison de son état, toute notification faite par l'un de ses proches, la police, l'établissement de soins, les pompiers, ou toute personne étant intervenue suite au fait générateur, est recevable par l'Assisteur.

Règles à observer en cas de demande d'assistance de l'étranger

L'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense à l'étranger, il est nécessaire :

- D'obtenir l'accord préalable de l'Assisteur en appelant ou en faisant appeler sans attendre l'Assisteur, au numéro rappelé ci-après :

Par téléphone : 00 33 969 322 075

- De se conformer aux procédures et aux solutions préconisées par l'Assisteur.

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge, le Bénéficiaire s'engage, à la demande de l'Assisteur, soit à :

- Restituer les titres de transport originaux non utilisés qu'il détient ;
- Réserver le droit à l'Assisteur de les utiliser ;
- Rembourser à l'Assisteur les montants dont il obtiendrait le remboursement.

Dans le cadre d'avance de frais, le Bénéficiaire s'engage à signer lors de la demande d'assistance :

- Une autorisation de transmission directe pour permettre à l'Assisteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes

auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre ;

- Une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le Bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'Assisteur en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

Conseils :

Si le Bénéficiaire est assuré au titre du régime légal de l'Assurance Maladie il est nécessaire pour bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie lors de son déplacement dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, d'être titulaire de la « Carte Européenne d'Assurance Maladie » (individuelle et nominative) en cours de validité qu'il doit se procurer avant son départ auprès de sa caisse d'Assurance Maladie.

Si le Bénéficiaire se déplace dans un pays qui ne fait pas partie de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, il doit se renseigner, avant son départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de Sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, il doit consulter sa caisse d'Assurance Maladie pour savoir s'il entre dans le champ d'application de ladite convention et s'il a des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire).

En cas de nécessité d'une attestation d'assistance médicale pour l'obtention d'un visa, celle-ci sera délivrée par l'Assisteur dans un délai de 8 jours ouvrés à compter de la réception de la demande écrite du Bénéficiaire assortie de tous les éléments nécessaires à sa rédaction (les éléments requis sont : nom, prénom, date de naissance, destination, durée de voyage, adresse de domicile, numéro du passeport, les numéros de téléphone où l'appeler en cas de nécessité).

Lors de ses déplacements, le Bénéficiaire ne doit pas oublier d'emporter les documents justifiant de son identité et tout document nécessaire à son voyage : passeport, carte nationale d'identité, carte de séjour, visa d'entrée, visa de retour, carnet de vaccination... et de surtout vérifier leur date de validité.

23.4 Exécution des prestations à l'étranger

Le Bénéficiaire doit présenter à l'Assisteur des copies conformes des documents suivants, dans un délai de deux mois à compter de la date du fait générateur :

- Tout document justifiant de son lieu de domicile habituel et de la durée de son déplacement ;
- Le procès-verbal officiel émis par la police concernant l'accident ;
- Une photocopie du passeport et du visa (le cas échéant) ;
- Le dossier médical complet préparé et délivré par le médecin ou l'établissement de soins dans lequel le Bénéficiaire a été traité, ainsi que les ordonnances médicales, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'Assisteur ;
- Les factures médicales et hospitalières ;
- Les factures soumises et le relevé des factures remboursées par la Sécurité sociale ;
- Tout autre justificatif que l'Assisteur estimera nécessaire pour apprécier le droit aux prestations d'assistance.

À défaut de présentation des justificatifs demandés, l'Assisteur pourrait refuser la prise en charge des frais d'assistance et/ou pourrait procéder à la refacturation des frais déjà engagés.

De plus, l'Assisteur est exonéré de l'obligation de fournir des prestations dans les cas suivants :

- Si le Bénéficiaire ne notifie pas à l'Assisteur de la survenue de l'accident ou de la maladie soudaine nécessitant une assistance médicale ou autre dans un délai de 48 heures à partir de la survenue dudit accident ou maladie ;
- Si le Bénéficiaire ne présente pas tous les documents requis pour constituer le dossier relatif à la déclaration ;
- Si l'Assisteur n'a pas donné son accord préalable. Toute décision relative à un changement de traitement, au transfert du Bénéficiaire vers un autre centre médical, ou à toute autre mesure médicale nécessaire, y compris les opérations chirurgicales non urgentes, durant la période d'hospitalisation acceptée par l'Assisteur, est soumise obligatoirement à l'approbation préalable de l'Assisteur, sous peine d'un refus de couverture ;
- Si le Bénéficiaire ou la personne référente du Bénéficiaire refuse les prestations de l'Assisteur.

23.5 Obligations du Bénéficiaire en cas de demande d'assistance à l'étranger

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire libère du secret médical tous les médecins et membres du personnel paramédical qui ont été amenés à traiter de son cas, avant, pendant et après l'urgence médicale. Le Bénéficiaire est tenu de communiquer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assisteur, tous les faits et circonstances requis en vertu des garanties d'assistance à l'étranger. Toute réticence ou omission dans la communication de ces données donne le droit à l'Assisteur de suspendre les garanties d'assistance dès qu'il prend connaissance des faits ou circonstances. Dans le cas où le Bénéficiaire a souscrit à une autre police pour le même risque (Assurances et/ou Assistance), il doit la déclarer à l'Assisteur.

Article 24 - Prestations d'assistance à l'étranger

24.1 Le service d'informations et de prévention médicale

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire un service téléphonique disponible 24 h/24 et 7 jours sur 7 avant et pendant le voyage, et ceci afin de délivrer des informations pratiques, organisationnelles et médicales.

L'équipe médicale de l'Assisteur peut également répondre à toute question liée à la santé avant et pendant le voyage du Bénéficiaire (réseaux médicaux, modalités de soins, vaccinations, pathologies, hygiène). Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, **en aucun cas, il ne peut se substituer à une consultation médicale sur place**. Les informations fournies ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique. Les conseils seront livrés de façon objective selon les éléments communiqués par téléphone.

En cas d'urgence médicale, il est vivement conseillé de contacter directement les organismes de secours d'urgence locaux auxquels l'Assisteur ne peut se substituer.

24.2 Le service d'accompagnement et d'écoute au cours d'une hospitalisation

Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés dès l'instant où un Bénéficiaire est hospitalisé à l'étranger. Ils apportent un soutien au Bénéficiaire ainsi qu'à sa famille en intervenant auprès du médecin en charge sur place, afin de lui apporter toutes les informations nécessaires sur les démarches thérapeutiques envisagées par le médecin en charge.

De plus, si la situation le nécessite (situation de crise, victimologie ou traumatologie), un service d'écoute est mis à la disposition du Bénéficiaire ainsi qu'à sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue diplômé.

24.3 Mise à disposition d'un médecin sur place

Durant son séjour à l'étranger, le Bénéficiaire peut contacter l'Assisteur afin d'être dirigé si cela est nécessaire et chaque fois que cela est possible vers un médecin désigné par celui-ci dans la région où il se trouve.

Le diagnostic établi par ce médecin et le traitement préconisé par lui entrent dans le cadre de sa responsabilité professionnelle. L'Assisteur s'efforce de constituer un réseau de médecins référents dans les pays du monde entier, mais ne peut toutefois être tenu responsable en cas de non-disponibilité, de toute erreur de diagnostic ou de tout traitement inadapté ou inefficace.

24.4 Le transfert ou rapatriement sanitaire

a) Conseil médical

En cas de maladie, blessure, accident ou hospitalisation imprévus
Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. L'un des médecins de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son

représentant, déclenche l'exécution des prestations médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose les prestations médicales telles que :

- La poursuite du traitement, un transfert/rapatriement pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- Le transfert/rapatriement vers un centre de soins mieux adapté, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- Lorsque l'état de santé le permet, le rapatriement de l'établissement hospitalier de premiers soins vers un établissement proche du domicile ou directement au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur.

Selon l'état du Bénéficiaire, le transfert/rapatriement est organisé avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent (dans les conditions définies ci-dessus) :

- En ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi ;
- En train ;
- En avion de ligne régulière ;
- En avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

Remarque : par sécurité pour le Bénéficiaire, tout transfert d'urgence reste à l'entière responsabilité du médecin traitant ou de l'autorité médicale sur place. En aucun cas la responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée.

b) Transfert/rapatriement sanitaire

L'Assisteur se charge :

- De l'organisation du transfert/rapatriement ;
- De l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire ;
- De collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert/ rapatriement éventuel.

Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par l'Assisteur. Dans le cas où les frais sont pris en partie ou en totalité par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de tiers payant, le Bénéficiaire est tenu de collaborer avec l'Assisteur pour recouvrir la part qui lui revient par ces organismes.

Toutefois aucun transfert, à l'exception du transfert d'urgence, ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert.

IMPORTANT : il est à cet égard, expressément convenu que la décision finale du transfert ou rapatriement sanitaire (à l'exception du transfert d'urgence) à mettre en œuvre appartient en dernier ressort aux médecins de l'Assisteur et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales. Par ailleurs, dans le cas où le Bénéficiaire refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par les médecins de l'Assisteur, il décharge expressément l'Assisteur de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

24.5 Prise en charge des frais de prolongation de séjour suite à une hospitalisation

En cas d'Accident, de Blessure ou de Maladie, si le Bénéficiaire est dans l'obligation de prolonger son séjour pour raisons médicales avérées et après accord du médecin de l'Assisteur, l'Assisteur prend en charge les frais supplémentaires de prolongation du séjour dans l'hôtel où se trouve le Bénéficiaire jusqu'à concurrence de 125 Euros TTC par nuit, dans la limite de 10 nuits maximum.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

24.6 Présence d'un proche au chevet

Lorsque le Bénéficiaire est hospitalisé sur le lieu où son Accident, sa Blessure ou sa Maladie est survenu(e) et que les médecins de l'Assisteur jugent à partir des informations communiquées

par les médecins locaux que la sortie ou le retour ne peut se faire avant 10 jours, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour depuis la France d'une personne du choix du Bénéficiaire afin qu'elle se rende à son chevet.

Cette prestation n'est acquise au Bénéficiaire qu'en l'absence, sur place, d'un membre de la famille en âge de majorité juridique.

L'Assisteur prend également en charge les frais d'hébergement de cette personne pendant 10 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 125 Euros TTC par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement. **Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Retour des Bénéficiaires ».

24.7 Retour des Bénéficiaires et des animaux de compagnie

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour des Bénéficiaires se trouvant sur place, vers leur domicile habituel situé en France ou dans les DROM, ainsi que le retour des animaux de compagnie voyageant avec ces Bénéficiaires.

L'Assisteur met à la disposition des Bénéficiaires susvisés le transport depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou dans les DROM.

24.8 Transmission du dossier médical au médecin traitant/référent habituel du Bénéficiaire

Dans le cadre d'un suivi médical/hospitalier sur place, l'équipe médicale de l'Assisteur, après accord du Bénéficiaire, s'organise pour collecter les données médicales relatives au suivi des soins et prescriptions dispensés sur place. Ces éléments d'informations seront alors transmis, sous pli confidentiel, au médecin traitant/référent habituel du Bénéficiaire, afin d'être versés à son dossier médical.

24.9 Frais médicaux à l'étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus

a) Avance des frais médicaux

L'Assisteur fait l'avance au Bénéficiaire des frais d'hospitalisation, dans la limite de 80 000 Euros TTC, à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus survenus sur ce territoire.

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- Pour des soins prescrits en accord avec le médecin de l'Assisteur ;
- Tant que ce dernier juge le Bénéficiaire intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où l'Assisteur est en mesure d'effectuer le transport, même si le Bénéficiaire décide de rester sur place.

RAPPEL :

Pour pouvoir bénéficier de cette avance, le Bénéficiaire signera lors de la demande d'assistance :

- Une autorisation de transmission directe pour permettre à l'Assisteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre ;
- Une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le Bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'Assisteur en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

b) Prise en charge du reste à charge des frais médicaux

L'Assisteur rembourse, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale et après intervention de celle-ci et d'organismes complémentaires, les frais médicaux définis ci-après, à condition que ces frais concernent des examens et soins reçus à l'étranger, sur ordonnance médicale, à la suite d'une maladie ou d'un accident imprévus survenus dans ce pays, dans la limite de 80 000 Euros TTC.

Frais médicaux couverts à l'étranger :

- Honoraires médicaux ;
- Frais d'urgence ;
- Frais d'examen complémentaires (analyses, radiologies...) pharmaceutiques et de contrôle après hospitalisation ou urgence médicale ;

- Frais d'hospitalisation imprévue ;
- Frais chirurgicaux imprévus.

Pour donner lieu à remboursement, toute consultation, hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à l'Assisteur dans les 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou de l'hospitalisation imprévue.

L'Assisteur prend en charge sur présentation d'une facture acquittée, les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence à concurrence de **160 Euros TTC par séjour à l'étranger, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale après intervention de celle-ci et d'éventuels organismes complémentaires.**

Sont considérés comme soins d'urgence :

- **Les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, pansements, obturations, extractions ;**
- **Les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjoindes n'est pas prise en charge).**

24.10 Remboursement des frais téléphoniques

Dans le seul cas de la mise en œuvre des garanties d'assistance à l'étranger, l'Assisteur rembourse à concurrence de **100 Euros TTC par demande** les frais téléphoniques restant à la charge du Bénéficiaire correspondant aux seuls appels à destination ou provenant de l'Assisteur. Ce remboursement s'effectuera exclusivement sur demande du Bénéficiaire et sur présentation de la facture détaillée originale de l'opérateur téléphonique.

24.11 Venue d'un proche pour récupération des enfants

En cas d'évacuation sanitaire du patient, la prise en charge d'un accompagnant sera systématique pour les enfants de moins de 16 ans restés sur place ou si la personne est handicapée, quel que soit son âge. Si personne n'est en mesure de s'occuper des enfants Bénéficiaires de moins de 16 ans restés sur place, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche résidant en France, désigné par le Bénéficiaire ou un membre de sa famille, son transport pour prendre les enfants en charge et les ramener à leur domicile ou chez lui en France ou dans les DROM.

24.12 Prise en charge des frais de prolongation de séjour suite à une immobilisation

En cas d'Accident, de Blessure ou de Maladie, si l'état de l'Adhérent ne justifie pas une hospitalisation ou un transfert/rapatriement sanitaire et qu'il doit prolonger son séjour sur place à l'hôtel, sur ordonnance médicale exclusivement, l'Assisteur prend en charge ses frais d'hébergement ainsi que ceux d'un accompagnant Bénéficiaire, à concurrence de **125 Euros TTC par nuit pendant 10 nuits maximum**, afin que ce dernier reste auprès de l'Adhérent jusqu'à ce qu'il soit en état de revenir en France.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

24.13 Frais de secours sur piste

En cas d'Accident ou de Blessure d'un Bénéficiaire sur une piste de ski balisée, ouverte aux skieurs au moment de l'événement, l'Assisteur prend en charge les frais de secours du lieu de l'incident s'entendant sur une piste banalisée, jusqu'au centre de soins le plus proche à concurrence de **500 Euros TTC**.

En aucun cas, l'Assisteur ne sera tenu à l'organisation des secours.

Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés. Les frais de recherche sur piste ou en montagne restent à votre charge.

24.14 Avance de caution pénale à l'étranger

L'Assisteur effectue, en l'absence de toute faute ou délit intentionnel commis directement par le Bénéficiaire, le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, **dans la limite de 15 000 Euros TTC**, en cas d'incarcération du Bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteur. Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteur dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteur.

24.15 Avance des frais de justice à l'étranger

L'Assisteur avance, **dans la limite de 1 525 Euros TTC**, des honoraires d'avocat et/ou frais de justice que le Bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage.

Cette avance est consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteur. Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteur dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteur.

24.16 Avance de fonds première nécessité

Pour tout événement lié à une cause non médicale, une avance de fonds pourra être consentie au Bénéficiaire par l'Assisteur, contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution, à concurrence **500 Euros TTC** afin de lui permettre de faire face à une dépense de première nécessité découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Cette avance est consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteur. Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteur dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteur.

Titre VI CADRE JURIDIQUE

Article 25 - Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance (union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682).

La présente notice d'information, établie conformément à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, résume les conditions générales d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, souscrit par Harmonie Mutuelle, sur décision de son assemblée générale dans le cadre de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité souscrit au profit de ses Adhérents auxquels est remis un descriptif de garantie faisant mention de la garantie assistance et de leurs éventuels Ayants droit Bénéficiaires d'une garantie santé auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

Article 26 - Conditions restrictives d'application des garanties

26.1 Comportement abusif

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire de la présente garantie.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

26.2 Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur. L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou

administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

26.3 Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- De cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation ;
- D'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc ;
- D'événements tels que guerre civile ou étrangère ;
- De révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Article 27 - Exclusions

27.1 Exclusions communes à l'ensemble des prestations

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- Les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage ;
- Les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi ;
- Les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin ;
- Les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles ;
- Les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome ;
- Les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt- quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure ;
- Tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle ;
- Les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalasso-thérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

27.2 Exclusions communes à toutes les prestations en cas de demande d'assistance à l'étranger

Dans le cadre de la présente notice d'information, l'Assisteur ne prend pas en charge :

- Les cas d'assistance dont le fait générateur est antérieur à l'adhésion aux garanties d'assistance et au voyage ;
- Les conséquences d'actes intentionnels de la part du Bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs ;

- Les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'instabilité notoire, de mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure, les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents ;
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool ;
- Les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) quelles qu'elles soient, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le Bénéficiaire y participe en qualité de concurrent ;
- Les conséquences des tentatives de suicide ;
- Les cures thermales, les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences éventuelles, les séjours en maison de repos, la rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant ;
- Les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou l'interruption volontaire de grossesse ;
- Les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ;
- Les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences ;
- Les dommages survenus au Bénéficiaire se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire ;
- Les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour ;
- Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, orthopédiques notamment) ;
- Les frais de secours et de recherches de toute nature ;
- Les frais de soins dentaires supérieurs à 160 Euros TTC ;
- Les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans le pays de résidence habituelle ;
- Les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information, les frais non justifiés par des documents justificatifs ;
- Les frais liés à la prise en charge d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés dans le pays de résidence habituelle, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française ;
- Les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident survenus hors du pays de résidence habituelle du Bénéficiaire ;
- Les frais occasionnés par la pratique d'un sport violent (sport de lutte (avec ou sans armes blanches), art martiaux et boxe) ou sports extrêmes basée sur le milieu dans lequel ils sont pratiqués : les sports aériens (base jump, saut à élastique, vol à voile, parapente, deltaplane, saut en parachute) ; sports terrestres (alpinisme, escalade) et les sports aquatiques (barefoot, plongeon de haut vol, apnée) exercés en club ou en compétition, en amateur ou en professionnel ;
- Les greffes ou ablations d'organes, de tissus ou de cellules ;
- Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le jour du départ en voyage et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse au-delà de la 28^{ème} semaine ;
- Les litiges dont le Bénéficiaire avait connaissance lors de l'adhésion aux garanties d'assistance ;

- Les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur ;
- Tout acte intentionnel de la part du Bénéficiaire pouvant entraîner la mise en œuvre des garanties d'assistance ;
- Toute imprudence ou risque inutile pris par le Bénéficiaire, ou tout manquement de sa part à prendre des mesures raisonnables de précaution, sauf s'il a agi pour tenter de sauver une personne en danger ;
- Un fait générateur trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistante(s) diagnostiquée(s) et/ou traitée(s) ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation continue, hospitalisation de jour ou ambulatoire) dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse d'une manifestation ou de l'aggravation dudit état.

De même, le Bénéficiaire n'est pas couvert s'il voyage dans les cas suivants :

- Contrairement à l'avis de son médecin ;
- Après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique en phase terminale ;
- Lors d'une période de maladie, de traitement important ou d'incapacité à travailler, s'il doit subir une opération chirurgicale, sans que cela n'ait été encore fait.

Concernant les remboursements des frais médicaux à l'étranger :

Les garanties sont mises en œuvre sans préjudice des dispositions des articles L.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des textes pris pour leur application. À ce titre sont exclues, la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité sociale.

Article 28 - Nullité de la prestation

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

Article 29 - Recours

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

Article 30 - Subrogation

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

Article 31 - Prescription

Toutes les actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé

une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code Civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

Article 32 - Protection des données personnelles

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (RMA) (ci-avant « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX feront l'objet d'un traitement. Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. À défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires. Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, l'Assisteur met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières. Différents traitements opérés par l'Assisteur sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, l'Assisteur met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par l'Assisteur. Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de l'Assisteur et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

À l'exception des données strictement liées à la santé telles que définies par les articles 1111-7 et suivants du Code de la santé publique, toutes les autres informations personnelles collectées dans le cadre du service d'assistance, et notamment les données d'usage, sont susceptibles d'être transmises à Harmonie Mutuelle en tant que souscripteur du contrat d'assistance à adhésion obligatoire. Ces données seront utilisées par Harmonie Mutuelle à des fins d'amélioration de la relation avec les Bénéficiaires ainsi que pour toutes actions de fidélisation et/ou de prospection consécutives, dont notamment :

- Suivi détaillé de l'utilisation du service par les Bénéficiaires de

prestations d'assistance aux fins d'améliorer l'adéquation des services aux besoins des Bénéficiaires et aux besoins sociétaux et d'être en mesure de proposer une meilleure personnalisation des services d'assistance et/ou de prévention ou de nouvelles actions d'assistance et/ou de prévention ;

- Suivi de l'activité du prestataire d'assistance « l'Assisteur » et de la qualité des services délivrés, notamment par la mesure de la satisfaction des Bénéficiaires de prestations d'assistance. Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Économique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de l'Assisteur.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmasistance.fr ou en contactant : RMA – DPO – 46 rue du Moulin – CS 32427 – 44124 Vertou CEDEX.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : WORLDLINE, Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire, 95870 Bezons, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

Article 33 - Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire doit contacter RMA, dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, à l'adresse du siège social : Direction Assistance et Accompagnement – 46 rue du Moulin – CS 32427 – 44124 Vertou Cedex.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Médiateur de la Mutualité Française FNMF – 255 rue de Vaugirard – 75719 Paris CEDEX 15.

Article 34 - Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – 75436 PARIS CEDEX 09.

Protection juridique santé

*Notice d'Information valant conditions générales
" Expertise Secteurs Publics protection juridique santé ".
Contrat collectif d'assurance n° MD 015 914 souscrit par Harmonie Mutuelle
auprès de CFBP assurances - contrat régi par le code des assurances.*

Article 1 – L’objet de la présente Notice d’Informations

Le présent document constitue la Notice d’Informations contractuelle prévue par l’article L141-4 du Code des Assurances et par l’article L221-6 du Code de la mutualité reprenant les dispositions du contrat collectif " Expertise Secteurs Publics Protection Juridique Santé " (**dénoté ci-après Le présent Contrat Collectif**) souscrit auprès de CFDP ASSURANCES par Harmonie Mutuelle, au profit de ses adhérents et de leurs ayants droit, dans le cadre d’un contrat collectif frais de soins de santé complémentaire d’Harmonie Mutuelle. Le présent Contrat Collectif a pour objet " la prise en charge des frais de procédure ou [...] de fournir des services découlant de la couverture d’assurance, en cas de différend ou de litige opposant l’assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l’assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l’objet ou d’obtenir réparation à l’amiable du dommage subi " (article L127-1 du Code des Assurances).

LES INTERVENANTS AU PRÉSENT CONTRAT COLLECTIF

Le souscripteur du présent Contrat Collectif (dénomé ci-après La Mutuelle) :

Harmonie Mutuelle - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, ayant son siège social 143 rue Blomet - 75015 Paris, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57 .

Le porteur de risque (dénomé ci-après L’Assureur) :

CFDP ASSURANCES - Entreprise d’assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 Euros, ayant son siège social Immeuble L’Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 Lyon, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 958 506 156.

L’organisme à contacter en cas de besoin d’assistance (dénomé ci-après L’Assisteur) :

RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union technique d’assistance régie par le Livre II du Code de la mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin CS 32427 - 44124 Vertou Cedex, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro SIREN 444 269 682 ; l’Assisteur agissant pour le compte de l’Assureur.

LES DÉFINITIONS

VOUS, L’ASSURÉ OU LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) : l’adhérent et toutes les autres personnes bénéficiaires telles que désignées dans son bulletin d’adhésion individuel frais de soins de santé complémentaire souscrit auprès de la Mutuelle, et à jour du paiement des cotisations.

LE TIERS : Toute personne étrangère au présent Contrat Collectif, c’est-à-dire toute personne autre que la Mutuelle, l’Assureur, l’Assisteur ou l’Assuré.

LE FAIT GÉNÉRATEUR : Évènement ou fait connu de l’Assuré, et susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que l’Assuré subit ou cause à un Tiers, préalablement ou concomitamment à toute réclamation. En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu’un évènement ou un fait subi ou causé par l’Assuré est susceptible d’être réprimé par la loi.

LE LITIGE : Une situation conflictuelle opposant l’Assuré à un Tiers, découlant du Fait Générateur.

LE REFUS : Le désaccord formalisé et non équivoque suite à une réclamation émanant de l’Assuré ou d’un Tiers, ou l’absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable ou réglementaire.

LE SINISTRE : Le Refus, dans le cadre d’un Litige, opposé à une réclamation dont l’Assuré est l’auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances).

LE CARACTÈRE ALÉATOIRE : L’incertitude de la survenance d’un évènement.

LA DÉCHÉANCE DU DROIT A GARANTIE : La perte du droit à bénéficier des garanties du Contrat en raison du non-respect des conditions de mise en œuvre de la garantie ou des obligations mises à la charge de l’Assuré.

LA PRESCRIPTION : La perte de la possibilité de faire valoir un droit lorsqu’il n’a pas été exercé dans le délai imparti.

LE MONTANT EN PRINCIPAL : Le principal est défini comme la demande elle-même, par opposition aux accessoires tels que les intérêts, les dépens et autres frais annexes.

LE SEUIL D’INTERVENTION : Le Montant en Principal du Litige en deçà duquel la garantie de l’Assureur n’est pas acquise.

Pour mieux identifier les termes à définition contractuelle, ils seront employés avec une majuscule dans la présente Notice.

Article 2 – L’adhésion au Contrat Collectif

L’adhésion au présent Contrat Collectif est automatique pour tous les adhérents de la Section Affinitaire de la Mutuelle et bénéficiant des garanties du présent Contrat Collectif.

Elle prend effet à la date de prise d’effet de l’adhésion de l’adhérent auprès de la Section Affinitaire de la Mutuelle et prend fin en cas de perte de la qualité de bénéficiaire de la Section Affinitaire de la Mutuelle, ou en cas de résiliation du présent Contrat Collectif, la Mutuelle s’engageant alors à informer l’adhérent de la fin de la garantie.

Article 3 – Les garanties

3.1 L’assistance téléphonique

Au numéro qui Vous est dédié, l’Assureur s’engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant du droit français et se rapportant aux garanties de protection juridique décrites dans la présente Notice.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- . Répondre à vos interrogations ;
- . Vous informer sur vos droits ;
- . Vous proposer des solutions concrètes ;
- . Envisager avec Vous ; dans le cadre d’un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN D’ASSISTANCE ?

Contactez l’Assisteur au : 09 69 32 20 75

L’accès au service se fait du lundi au vendredi de 08h00 à 18h30.

3.2 Le recours médical et pharmaceutique

A l’occasion d’une maladie, d’une hospitalisation ou de tous soins ou examens médicaux, Vous êtes victime d’une erreur médicale, d’un retard ou d’une erreur de diagnostic, d’une infection nosocomiale ou d’un défaut de conseil d’un praticien et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face :

- . À un établissement de soins public ou privé ;
- . À un professionnel de santé ;
- . À l’ONIAM...

Vous êtes également garanti lorsque, à la suite d’une erreur médicale, paramédicale ou pharmaceutique, d’un retard ou d’une erreur de diagnostic, d’une infection nosocomiale ou d’un défaut de conseil d’un praticien, un Assuré vient à décéder et que Vous souhaitez agir à l’encontre du Tiers responsable.

3.3 Les mesures de protection d’un proche

Suite à une perte d’autonomie, du fait d’une altération de l’état de santé (vieillesse, accident, maladie...) ou des facultés mentales, Vous-même ou votre conjoint, concubin ou co-titulaire d’un PACS, votre ascendant, descendant, collatéral ou ceux de votre conjoint,

concubin ou co-titulaire d'un PACS, doit faire l'objet d'une mesure de protection (sauvegarde de justice, mise sous curatelle ou sous tutelle) et des difficultés ou des oppositions à la mise en œuvre ou au cours de cette mesure surviennent.

L'Assureur ne prend jamais en charge :

- . Les émoluments des notaires chargés de rédiger actes et contrats ;
- . Les frais d'experts chargés de déterminer les actifs ;
- . Les actes de partage ;
- . Les frais des huissiers chargés de signifier les actes ou jugements ;
- . Les frais fiscaux et les frais de publicité.

3.4 Le handicap et la dépendance

Suite à une perte d'autonomie, que ce soit du fait d'une altération de la santé (vieillesse, accident, maladie...) ou des facultés mentales, votre dépendance doit être ou a été organisée et Vous rencontrez des difficultés avec :

- . Une maison de retraite ou un établissement médicalisé ;
- . Une assistante médicale, une aide-ménagère, une aide à domicile ;
- . Les services de proximité (portage de repas, téléassistance...) ;
- . Les associations spécialisées ou les collectivités (CCAS...) ;
- . Les organismes chargés des allocations spécifiques (APA...) ;
- . La collectivité locale dans le cadre de la délivrance d'une carte de transport ou de stationnement ;
- . Les entreprises ayant réalisé des travaux de réparation ou d'aménagement, rendus nécessaires suite au handicap, non soumis à l'obligation d'assurance prévue par la loi du 4 janvier 1978 (dommages-ouvrage) ;
- . Le fournisseur ou le réparateur de matériel ou d'équipements indispensables suite au handicap (fauteuil, monte-escalier...)...

Article 4 - Les engagements de l'Assureur

Pour Vous apporter les moyens de résoudre un Litige garanti dont le Montant en principal des intérêts en jeu est supérieur à la somme de cent cinquante Euros (150 Euros TTC), l'Assureur s'engage :

- . À vous informer sur vos droits et les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos intérêts et à Vous conseiller sur la conduite à tenir devant un Litige ;
- . À vous aider à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier de réclamation ou de défense et à effectuer les démarches nécessaires pour obtenir une solution négociée et amiable ;
- . À vous faire assister par des experts qualifiés quand la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution du Litige. L'expert Vous assistera et rendra si besoin une consultation écrite après Vous avoir entendu. Cet avis consultatif destiné à étayer votre réclamation ou votre défense Vous sera communiqué. L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de cet expert dans la limite des montants contractuels garantis ;
- . À vous proposer une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

Et lorsque toute tentative de résolution du Litige sur un terrain amiable a échoué, ou lorsque votre adversaire est assisté par un avocat, et lorsque le Montant en principal des intérêts en jeu est supérieur à la somme de sept cent soixante Euros (760 Euros) TTC, l'Assureur s'engage :

- . À Vous faire représenter par l'auxiliaire de justice de votre choix.
- . À prendre en charge, dans la limite des montants contractuels garantis :
 - Les frais et honoraires des avocats et experts ;

- Les frais de procès comprenant notamment les frais d'huissiers, d'expertise judiciaire, la taxe d'appel...

- . À organiser votre défense judiciaire en respectant le libre choix de votre défenseur. Conformément à l'article L127-3 du Code des Assurances, lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir. Vous choisissez donc en toute liberté et indépendance l'avocat chargé de vos intérêts ; l'Assureur intervient seulement pour donner son accord sur le principe de la saisine mais ne désigne pas d'avocat en vos lieu et place. Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des Avocats du Barreau compétent ou demander par écrit à l'Assureur de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

Vous avez la maîtrise de la direction du procès en concertation avec l'avocat que Vous avez choisi. L'Assureur reste néanmoins à votre disposition ou à celle de votre avocat pour Vous apporter l'assistance dont Vous auriez besoin.

Lors de la saisine de l'avocat, celui-ci est tenu en application des règles déontologiques de sa profession, de Vous faire signer une convention d'honoraires afin de Vous informer des modalités de détermination de ses honoraires et de l'évolution prévisible de leur montant.

Par principe, Vous faites l'avance des frais et honoraires et l'Assureur Vous rembourse sur justificatifs le montant des factures réglées dans la limite des montants contractuels garantis. Si la convention d'honoraires le prévoit ou si Vous en faites la demande, l'Assureur peut procéder directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants contractuels garantis. Qu'il s'agisse d'un paiement direct ou d'un remboursement, le règlement de l'Assureur sera effectué au plus tard trente (30) jours après réception des justificatifs et interviendra Toutes Taxes Comprises.

- . À Vous répondre et traiter votre demande, dans toutes les hypothèses, dans les trois (3) jours ouvrables.

Article 5 - Vos obligations

Vous vous engagez :

- . À déclarer le Sinistre à l'Assureur dès que Vous en avez connaissance sauf cas de force majeure, afin que l'Assureur puisse défendre au mieux vos intérêts. **Vous devez déclarer votre Sinistre, sauf cas de force majeure, dans les deux (2) mois suivant le jour où Vous en avez eu connaissance. En cas de non-respect de ce délai, Vous encourez une Déchéance du droit à garantie ;** néanmoins, l'Assureur ne Vous opposera pas de Déchéance pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Vous devez préciser la nature et les circonstances de votre Litige et transmettre toutes les informations utiles telles que avis, lettres, convocations, actes d'huissier, éventuelles assignations...
- . À relater les faits et circonstances avec la plus grande précision et sincérité. **En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales ;**
- . À fournir dans les délais prescrits par la loi ou les règlements tous documents à caractère obligatoire ;
- . À établir par tous moyens la réalité du préjudice que Vous alléguiez : **L'Assureur ne prend jamais en charge les frais de rédaction d'actes, d'expertises, les constats d'huissier, les frais liés à l'obtention de témoignages, d'attestations ou de toutes autres pièces justificatives destinées à constater ou à prouver la réalité de votre préjudice, à identifier ou à rechercher votre adversaire, diligentés à titre conservatoire ou engagés à votre initiative ;**
- . À ne prendre aucune initiative sans concertation préalable avec l'Assureur. **Si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés restent à votre**

charge. Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés sans avoir obtenu son accord préalable.

Article 6 - Les exclusions

L'Assureur n'intervient jamais pour les Litiges :

- . Dont les manifestations initiales sont antérieures et connues de Vous à la prise d'effet de l'adhésion au présent Contrat Collectif ou qui présentent une probabilité de survenance lors de cette adhésion ;
- . En rapport avec une violation intentionnelle des obligations légales ou incontestables, une faute, un acte frauduleux ou dolosif que Vous avez commis volontairement contre les biens ou les personnes en pleine conscience de leurs conséquences dommageables et nuisibles ;
- . Garanties par une assurance dommages ou responsabilité civile et ceux relevant du défaut de souscription par Vous d'une assurance obligatoire ;
- . Relevant du conseil d'état ou de la cour de cassation lorsque le Montant en principal des intérêts en jeu est inférieur à trois mille Euros (3 000 Euros) TTC.

L'Assureur ne prend jamais en charge :

- . Les frais engagés sans son accord préalable ;
- . Les amendes, les cautions, les consignations pénales, les astreintes, les intérêts et pénalités de retard ;
- . Toute somme de toute nature à laquelle Vous pourriez être condamné à titre principal et personnel ;
- . Les frais et dépens exposés par la partie adverse et que Vous devez supporter par décision judiciaire ;
- . Les sommes au paiement desquelles Vous pourriez être éventuellement condamné au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative, ainsi que leurs équivalents devant les juridictions monégasques ;
- . Les sommes dont Vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels ;
- . Les honoraires de résultat.

Article 7 - L'application de la garantie

7.1 Dans le temps

La durée de la garantie :

Sous réserve du paiement de la prime, la garantie du présent Contrat Collectif suit le sort de l'adhésion du(des) Bénéficiaire(s) auprès de la Mutuelle, à laquelle elle est annexée. Elle prend effet dès l'adhésion au présent Contrat Collectif et est applicable pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension de l'adhésion auprès de la Mutuelle.

La Prescription :

La Prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la Loi. Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du code des Assurances). Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance, ou en cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un Tiers, le délai de la Prescription ne court que du jour où ce Tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La Prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. La Prescription est interrompue par une des causes ordinaires

d'interruption de la Prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre.

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 l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L114-2 du Code des Assurances). Les causes ordinaires d'interruption de la Prescription sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance du droit par le débiteur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de Prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

7.2 Dans l'espace

La garantie du présent Contrat Collectif s'exerce conformément aux modalités prévues à l'article 4 en France, dans les DROM ainsi qu'en Principauté de Monaco : l'Assureur s'appuiera le cas échéant sur des correspondants habilités par la législation locale.

Article 8 - La protection de vos intérêts

8.1 Le secret professionnel (article L127-7 du Code des Assurances)

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du présent Contrat Collectif, sont tenues au secret professionnel.

8.2 L'obligation à désistement

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

8.3 L'examen de vos réclamations

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le présent Contrat Collectif, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée soit auprès de votre interlocuteur habituel, soit auprès du Service Relation Client de l'Assureur, en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/deposer-une-reclamation> par courrier à CFDP Assurances - Service Relation Client - Immeuble l'Europe - 62, rue de Bonnel - 69003 Lyon ou par mail à relationclient@cfdp.fr

À compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si aucune solution n'a pu être trouvée dans le cadre de votre réclamation, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance dont voici les coordonnées : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09, ou par Internet à l'adresse suivante :

<http://www.mediationassurance.org/Saisir+le+mediateur>
L'Assureur s'engage par avance à accepter la position qui sera prise par le Médiateur.

8.4 Le désaccord ou l'arbitrage (article L127-4 du Code des Assurances)

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal Judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal Judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

8.5 Le conflit d'intérêts (article L127-5 du Code des Assurances)

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, l'Assureur Vous informe du droit mentionné à l'article L127-3 du Code des Assurances (à savoir le libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre) et de la possibilité de recourir à la procédure mentionnée à l'article L127-4 du Code des Assurances (à savoir le désaccord ou l'arbitrage).

8.6 La protection des données

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, l'Assureur Vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en Vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment elles sont protégées et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles :

Les données à caractère personnel sont collectées directement par l'Assureur, ou indirectement pour son compte par la Mutuelle. Elles sont liées aux informations d'identification et de contact (nom, prénom, adresse postale, numéro d'identification unique, dates d'effet et de fin d'adhésion).

Les données collectées directement par l'Assureur en qualité de responsable de traitement sont des données strictement nécessaires :

- À l'exécution du Contrat Collectif et la gestion des Sinistres (situation familiale ; informations relatives à la formation et à l'emploi ; données de santé lorsque cela est nécessaire ; données relatives aux infractions, aux condamnations pénales et aux mesures de sûreté connexes lorsque cela est nécessaire) ;
- À l'utilisation des services en ligne de l'Assureur (données d'identification et d'authentification, logs techniques, traces informatiques, informations sur la sécurité et l'utilisation du terminal, adresse IP).

Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du Contrat Collectif. Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

- Dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral) ;
- Pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT) ;
- Pour le traitement des réclamations clients ;
- Plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une réglementation applicable ;
- Ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le Contrat, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Le responsable de traitement dans le cadre de l'adhésion au Contrat Collectif, de la gestion du Contrat Collectif et de la relation avec Vous est la Mutuelle.

Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution du Contrat Collectif et de la gestion des Sinistres est l'Assureur.

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

- Soit sur la gestion et l'exécution de votre adhésion au Contrat Collectif ;
- Soit sur le respect des obligations légales et réglementaires.

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de l'Assureur et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au Contrat Collectif telles que, notamment :

- La Mutuelle ;
- L'Assisteur ;
- Les intermédiaires en assurance ;
- Les gestionnaires des souscripteurs ;
- Les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels...);
- Les organismes professionnels ;
- Les organismes d'assurance des personnes impliquées ;
- Et les organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles :

Les données personnelles collectées par l'Assureur sont hébergées en Union Européenne.

A ce jour, l'Assureur, en qualité de responsable de traitement, ne transfère aucune donnée personnelle en dehors de l'Union Européenne.

Si un tel transfert hors de l'Union Européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient alors prises pour l'encadrer juridiquement et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Durée de conservation de vos données personnelles :

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (prescriptions légales).

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Droits à la protection :

Conformément à la loi sur la protection des données personnelles, Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données Vous concernant en adressant une demande :

- Par courrier à : CFDP Assurances - Délégué à la Protection des Données - Immeuble l'Europe - 62, rue de Bonnel - 69003 Lyon ;
- Ou par mail à : dpd@cfdp.fr

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail ; l'Assureur pourra être amené à Vous demander également de joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat Collectif, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Le délégué à la protection des données de l'Assureur traitera votre demande dans les meilleurs délais.

En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles,

Vous avez la possibilité de saisir la CNIL :

- Par téléphone au : 01 53 73 22 22 ;
- Par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy - 75007 Paris ;
- Ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/>

Sécurité :

L'Assureur accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et organisationnel.

Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter la page " Politique de confidentialité " de l'Assureur par Internet à l'adresse suivante :

<https://www.cfdp.fr/politique-de-confidentialite>

8.7 L'opposition au démarchage

Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

. Par courrier à : WORLDLINE, Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire, 95870 Bezons ;

. Ou par Internet à l'adresse suivante :

<http://www.bloctel.gouv.fr>

8.8 L'autorité de contrôle

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

BARÈME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT ET D'EXPERT	EN Euros TTC
PHASE AMIABLE	
Démarches amiables	
Intervention amiable	100 Euros
Protocole ou transaction	300 Euros
Consultations et expertises	
Consultation d'expert ou de spécialiste	200 Euros
Expertise amiable contradictoire	1 000 Euros
MARD (Modes Amiables de Résolution des Différends)	
Conciliateur de justice (assistance)	250 Euros
Médiation de la consommation	390 Euros
Médiation conventionnelle	
Médiation judiciaire	900 Euros
Arbitrage	
PHASE JUDICIAIRE	
Assistance	
Assistance préalable à toute procédure pénale	
Assistance à une instruction	600 Euros
Expertise judiciaire : assistance et dires (forfait)	
Commissions ou juridictions de première instance	
Démarche au Parquet (forfait)	120 Euros
Saisine du SARVI (forfait)	
Commissions diverses, y compris disciplinaires	900 Euros
Ordonnance sur requête (forfait)	400 Euros
Référé, y compris d'heure à heure	650 Euros
Tribunal de Police	800 Euros*
Tribunal Correctionnel	900 Euros*
Tribunal / Chambre de proximité	750 Euros*
Tribunal Judiciaire	
Tribunal Administratif	900 Euros*
Tribunal de Commerce	
Autres juridictions du 1 ^{er} degré	
Incidents d'instance et demandes incidentes	500 Euros
Cours ou juridictions de recours	
Cour ou Juridiction d'Appel	900 Euros*
Recours devant le 1 ^{er} Président de la Cour d'Appel	750 Euros
Cour de Cassation	
Conseil d'Etat	2 500 Euros*
Cour d'Assises	

Autres juridictions

Juridictions européennes (CJUE, CEDH)	
Juridictions monégasques	900 Euros*
Juge du contentieux de la protection	
Juge de l'exécution	500 Euros
PHASE JUDICIAIRE	
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Monaco) :	20 000 Euros
Dont plafond pour démarches amiables :	500 Euros
Dont plafond pour expertise judiciaire :	2 500 Euros
Seuils d'Intervention :	
- Amiable	150 Euros
- Judiciaire	760 Euros
- Cour de cassation et Conseil d'Etat	3 000 Euros
Franchise	0 Euros

Les montants ci-dessus comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats.

Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée.

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque*) ou par intervention même en cas de renvoi d'audience.

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L.761-1 du Code de Justice Administrative ou leurs équivalents devant les juridictions monégasques, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Les déclarations de sinistres parviendront :

- ▶ Par téléphone : 09 69 32 20 75
- ▶ Par courrier : à CFDP Assurances - Centre de Gestion et d'Expertise - 569 rue Félix Trombe - Tecnosud - CS 60011 - 66028 Perpignan Cedex
- ▶ Par courriel : à harmonie-mutuelle-esp@cfdp.fr



Pour adhérer ou pour obtenir des renseignements :

Pour un accueil personnalisé à votre situation, des experts de la Fonction Publique d'État sont à votre disposition :


. Par téléphone : **0 800 007 101** **Service & appel gratuits**

Du lundi au vendredi, de 9h00 à 18h00

. Par mail : contact-secteurs-publics@harmonie-mutuelle.fr

Et pour plus de proximité, nos conseillers sont amenés à se déplacer directement sur vos sites.

Renseignez-vous auprès de vos services Ressources Humaines ou administratifs.



Recherchez l'agence la plus proche de chez vous sur [harmonie-mutuelle.fr](https://www.harmonie-mutuelle.fr)



Vous êtes adhérent :

Harmonie Mutuelle - Rue Berrier Fontaine - BP 1410 - 83056 Toulon cedex
Tél. 09 70 82 41 16

Votre Espace personnel, accessible à partir du site [harmonie-mutuelle.fr](https://www.harmonie-mutuelle.fr), cliquez sur le bouton « Espace personnel » situé en haut à droite de la page d'accueil puis sur « Harmonie Fonction Publique ».

Cadre réservé au Conseiller Mutualiste

Retrouvez-nous sur :
[harmonie-mutuelle.fr](https://www.harmonie-mutuelle.fr)
(onglet Fonction Publique)



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

