



**REMPART**  
MUTUELLE

**Notice d'information Mutuelle Communale Ville  
d'ALBI  
Contrat collectif santé à adhésion facultative**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, ayant son siège social au 1, rue d'Austerlitz - CS 27 261 - 31072 Toulouse Cedex 6,  
immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° SIREN 776 950 537.  
La Mutuelle est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

## Table des matières

<b>ARTICLE 1 - PARTIES AU CONTRAT COLLECTIF SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE ET MEMBRES PARTICIPANTS.....</b>	<b>3</b>
Article 1.1 - Organisme assureur - La MUTUELLE DU REMPART .....	3
Article 1.2 - Souscripteur - LES AMIS DU REMPART.....	3
Article 1.3 - Membres participants.....	3
<b>ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE .....</b>	<b>3</b>
<b>ARTICLE 3 - MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE .....</b>	<b>4</b>
<b>ARTICLE 4 - ADHÉSION .....</b>	<b>4</b>
Article 4.1 - Modalités d'adhésion.....	4
Article 4.2 - Date d'effet et durée de l'adhésion.....	5
Article 4.3 - Faculté de renonciation .....	5
Article 4.4 - Ayants droit .....	6
Article 4.5 - Formalités d'adhésion.....	7
Article 4.6 - Changement de situation personnelle ou familiale.....	7
Article 4.7 - Fausse déclaration .....	7
Article 4.8- Modalités de résiliation de l'adhésion en cours par le Membre participant .....	7
4.8.1 Au cours de la première année d'adhésion .....	7
4.8.2 A compter de la deuxième année d'adhésion.....	8
4.8.3 Modalités de résiliation en application des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la mutualité...8	
4.8.4 Effets de la résiliation .....	8
4.8.5 Cessation des garanties .....	9
<b>ARTICLE 5 - GARANTIES .....</b>	<b>9</b>
Article 5.1 - Objet des garanties.....	9
Article 5.2 - Choix des garanties et changement de couverture.....	10
5.2.1 Changement vers une formule supérieure de garanties.....	10
5.2.2 Changement vers une formule inférieure de garanties.....	10
Article 5.3 - Révision des garanties .....	10
<b>ARTICLE 6 - PRESTATIONS.....</b>	<b>10</b>
Article 6.1 - Conditions de paiement des prestations.....	10
Article 6.2 - Ouverture du droit aux prestations, délai d'attente.....	11
Article 6.3 - Contrôle .....	11
Article 6.4 - Tiers payant .....	11
Article 6.5 - Indus .....	11
Article 6.6 - Déclaration du risque et prescription .....	11
Article 6.7 - Subrogation.....	12
<b>ARTICLE 7 - COTISATIONS.....</b>	<b>12</b>
Article 7.1 - Montant des cotisations .....	12
Article 7.2 - Fixation des cotisations.....	12
Article 7.3 - Paiement des cotisations.....	12
Article 7.4 - Révision des cotisations et des garanties.....	13
<b>ARTICLE 8 - RÉCLAMATION - MÉDIATION .....</b>	<b>13</b>
<b>ARTICLE 9 - TERRITORIALITÉ .....</b>	<b>14</b>
<b>ARTICLE 10 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....</b>	<b>14</b>
<b>ARTICLE 11 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS .....</b>	<b>14</b>
<b>ARTICLE 12 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....</b>	<b>15</b>
<b>ARTICLE 13 - LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....</b>	<b>16</b>

Le présent document constitue la notice d'information reprenant les principales dispositions du contrat collectif Frais de santé à adhésion facultative souscrit par l'Association LES AMIS DU REMPART auprès de la MUTUELLE DU REMPART.

## **ARTICLE 1 - PARTIES AU CONTRAT COLLECTIF SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE ET MEMBRES PARTICIPANTS**

### **Article 1.1 - Organisme assureur - La MUTUELLE DU REMPART**

Le contrat collectif santé à adhésion facultative est souscrit auprès de la MUTUELLE DU REMPART, ci-après dénommée la Mutuelle.

La Mutuelle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès, Elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la mutualité sous le numéro SIREN 776 950 537.

Son siège social est situé 1 rue d'Austerlitz - CS 27261 - 31072 TOULOUSE CEDEX 6.

### **Article 1.2 - Souscripteur - LES AMIS DU REMPART**

Le Souscripteur du contrat collectif santé à adhésion facultative est l'association LES AMIS DU REMPART. Cette Association est régie par la loi du 1er juillet 1901. Son Siège social est situé 1 rue d'Austerlitz - CS 27261 - 31072 TOULOUSE CEDEX 6.

LES AMIS DU REMPART a pour objet l'amélioration de la protection sociale de ses membres et de leurs Ayants droit.

Un droit annuel d'adhésion, ou participation solidaire, est fixé par le Conseil d'Administration de l'Association. Son coût est obligatoirement inclus dans la cotisation mensuelle Il est appelé mensuellement par la Mutuelle en même temps que les cotisations au contrat et reversé par la Mutuelle à l'Association.. La participation solidaire permet de bénéficier de tous les avantages et services offerts par l'association et ceux liés au contrat santé.

### **Article 1.3 - Membres participants**

**Chaque Membre participant s'engage à se soumettre aux règles fixées par à la présente Notice ainsi qu'aux Statuts de la Mutuelle sans jamais nuire aux intérêts de la Mutuelle du Rempart.**

A compter de sa date d'adhésion au contrat, le Membre des AMIS DU REMPART devient Membre participant de la Mutuelle.

Les Membres participants définis ci-dessus et les Ayants droit définis à l'article 4.4 sont désignés, dans la suite de la présente Notice d'Information, sous le terme de « bénéficiaires ».

## **ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE**

Le contrat collectif santé à adhésion facultative a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais occasionnés par une maladie, un accident, ou une maternité, en complément des prestations en nature servies par le régime obligatoire d'assurance maladie français.

Les garanties ANIS Communale, LAURIER Communale, BADIANE Communale et MUSCADE Communale respectent le cahier des charges des contrats santé solidaires et responsables et seront adaptées en cas d'évolution du cadre législatif et réglementaire encadrant ce dispositif.

La garantie HEVEA est une garantie non responsable, qui couvre uniquement les soins essentiels (Hospitalisation, Consultations médicales, Pharmacie, Analyse de laboratoire et soins dentaires). Cette garantie de par son caractère non responsable n'est pas éligible à la labélisation.

Les droits et obligations de la Mutuelle et du Membre participant résultent de l'application cumulative :

- des dispositions du Livre II du Code de la mutualité,
- des Statuts de la Mutuelle et de son Règlement Intérieur,
- du contrat collectif à adhésion facultative,
- du tableau de garanties, applicable au membre participant.

## **ARTICLE 3 - MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE**

Des modifications peuvent être apportées au contrat par voie d'avenant conclu entre l'Association souscriptrice et la Mutuelle assurant les risques.

Les modifications apportées à leurs droits et obligations sont opposables aux Membres participants dès qu'elles leur ont été notifiées.

En cas de refus de ces modifications, les Membres participants ont la possibilité de radier leur adhésion dans le délai d'un (1) mois à compter de la notification de ces modifications.

Par la suite, les Membres participants disposent d'un droit de résiliation annuel dans les conditions prévues dans la présente notice d'information.

Si l'Association souscriptrice ou la Mutuelle décide de résilier le contrat collectif, cette résiliation du contrat bloque toute nouvelle adhésion.

En revanche, les Membres participants pourront demander le maintien de leur adhésion à titre individuel à la Mutuelle, dans les conditions en vigueur à cette date. Les Membres participants seront informés de cette résiliation au moins deux (2) mois avant sa prise d'effet par l'Association souscriptrice du contrat.

## **ARTICLE 4 - ADHÉSION**

### **Article 4.1 - Modalités d'adhésion**

#### **• Champ de recrutement**

Le contrat collectif santé à adhésion facultative est réservé aux membres des AMIS DU REMPART

Dans ce cadre, les tarifs négociés dans le cadre du partenariat pourront bénéficier :

- aux Albigeois ;
- aux agents de la ville d'Albi, de son CCAS, de la Communauté d'agglomération de l'Albigeois et du Musée Toulouse-Lautrec dont le siège administratif se situe à Albi ;
- aux professionnels dont le lieu de travail est situé à Albi ;
- aux étudiants dont l'établissement d'enseignement ou de formation est établi à Albi.

#### **• Loi Madelin**

Les garanties souscrites dans le cadre de ce contrat collectif à adhésion facultative ouvrent droit à la déduction fiscale des cotisations, dans les conditions et limites prévues par la Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « Loi Madelin », et par ses textes d'application.

Le Membre participant qui veut bénéficier du cadre de la Loi Madelin s'engage auprès de la Mutuelle à être à jour du paiement des cotisations dues au titre de ses régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Il doit pouvoir justifier de son statut, tant lors de son adhésion que de son renouvellement, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées.

#### **• Offre labélisée**

La présente Notice s'inscrit dans le respect des dispositions :

- du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection complémentaire de leurs agents.
- du décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement

Il a pour objet de couvrir l'agent d'une collectivité territoriale ou de son établissement public, résidant en France, contre le risque Maladie.

Cette Notice a fait l'objet d'une labellisation sous la responsabilité de l'Autorité de Contrôle et de résolution (ACPR). Cette labellisation est accordée pour une durée de trois (3) ans à partir de la date de délivrance du label publiée par le Ministère en charge des collectivités locales.

Toute modification portée à la Notice au cours de ces trois (3) ans sera soumise à vérification par le prestataire habilité par l'ACPR qui s'assure du maintien des conditions de la labellisation. En cas de non-respect, il est mis fin au label.

Dans le cas de retrait ou de non-renouvellement du label, la Mutuelle du Rempart est tenue d'en informer les Membres participants dans un délai d'un(1) mois à compter de la notification de la décision. Ce retrait ou ce non-renouvellement prend effet à compter du 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la perte du label.

La perte du label attaché à la présente Notice entraîne la suppression de la participation de l'employeur au financement des garanties complémentaires santé, s'il y en avait une. En conséquence, la cotisation due par le Membre participant se trouvera majorée d'autant.

Dans l'hypothèse où le retrait ou le non-renouvellement du label implique une augmentation immédiate du montant de la cotisation effectivement à la charge du Membre participant, ce dernier a la possibilité de résilier son adhésion dans un délai de trente (30) jours suivant la date d'effet du retrait ou du non-renouvellement du label.

Le Membre participant conserve toutefois la possibilité de poursuivre son contrat aux conditions contractuelles en vigueur au jour de la perte du label.

En cas de perte de la qualité d'agent actif de la fonction publique territoriale, le Membre participant doit en informer la Mutuelle dans un délai d'un (1) mois afin qu'il lui soit proposé une nouvelle gamme de garanties non labellisées vers laquelle il peut basculer sans que ne lui soit appliqué, le cas échéant, de nouveaux délais d'attente mentionnés à la présente Notice.

De plus, conformément à ses Statuts, la Notice est adoptée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle du Rempart et ce, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale.

Toute modification apportée à la présente Notice par le Conseil d'Administration doit être notifiée aux Membres participants. Il en est de même des modifications portant sur les prestations et sur les montants de cotisations.

La personne désireuse d'adhérer doit remplir un bulletin d'adhésion au contrat collectif santé à adhésion facultative et indiquer le niveau de garantie choisi.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le Membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance des Statuts de la Mutuelle et de la présente notice d'information.

#### **Article 4.2 - Date d'effet et durée de l'adhésion**

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur bulletin d'adhésion dûment complété ; elle se poursuit jusqu'à l'échéance de la date anniversaire, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

Elle est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un (1) an à compter de la date anniversaire, sauf en cas de résiliation effectuée selon les modalités fixées à l'article 4.8 de la présente notice d'information.

#### **Article 4.3 - Faculté de renonciation**

Le Membre participant bénéficie d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires à compter, soit du jour où il est informé que son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu.

Pour renoncer à son adhésion, le Membre participant doit adresser sa demande de renonciation à la Mutuelle par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, accompagnée de l'exemplaire original de sa carte d'adhérent selon le modèle suivant :

*Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) confirme renoncer à mon adhésion au contrat (nom de la gamme ou formule) que j'ai souscrit auprès de la Mutuelle du Rempart en date du .....Je vous saurais gré de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma demande d'adhésion, dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de réception de la présente correspondance.*

*Fait à..... Le.....*

La demande de renonciation doit être envoyée à l'adresse suivante :

Mutuelle du Rempart – Département Adhésions (Service Gestion des Contrats)  
1, rue d'Austerlitz - CS 27261 - 31072 Toulouse Cedex 6

La Mutuelle restituera au Membre participant l'intégralité de la somme versée au titre des cotisations, dans un délai maximum de trente (30) jours, à compter de la réception de la lettre de renonciation, et sous déduction des prestations éventuellement versées.

#### **Article 4.4 - Ayants droit**

Les Membres participants peuvent ouvrir le bénéfice des garanties à leurs Ayants droit en les inscrivant sur leur bulletin d'adhésion.

L'affiliation des Ayants droit est subordonnée à l'adhésion du Membre participant.

Peuvent être inscrites en tant qu'Ayants droit du Membre participant les personnes physiques suivantes :

- **Le conjoint ou assimilé :**

- Le conjoint étant la personne liée au Membre participant par les liens du mariage et non séparés judiciairement ;
- La personne ayant conclu avec le Membre participant un Pacte Civil de Solidarité (PACS) régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code Civil ;
- La personne vivant en concubinage avec le Membre participant.

- **Les enfants à charge ou assimilés sont :**

- Les enfants âgés de moins de seize (16) ans qui sont rattachés en qualité d'Ayants droit, au sens de la sécurité sociale, au Membre participant ou à son conjoint (ou assimilé) ;
- Les enfants âgés de plus de seize (16) ans et de moins de vingt et un (21) ans, qui n'ont pas demandé la qualité d'Ayant droit autonome au sens de la sécurité sociale, du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) ;
- Les enfants âgés de plus de seize (16) ans et de moins de vingt et un (21) ans qui ont demandé la qualité d'Ayant droit autonome au sens de la sécurité sociale, du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) ;
- Les enfants recueillis ou sous tutelle du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) qui répondent aux situations a), b) et c) ;
- Les petits enfants du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) qui répondent aux situations a), b) et c).

La couverture des enfants handicapés, dont l'état d'handicap ou d'invalidité a été constaté avant leur vingtième anniversaire, est maintenue jusqu'à l'âge de vingt-huit (28) ans.

Les ascendants à charge, s'ils bénéficient du Régime Obligatoire du Membre participant ou de son conjoint (et assimilé).

Le critère d'âge s'apprécie à la date anniversaire de l'Ayant droit.

Il est toutefois rappelé que seule la cotisation afférente aux Ayants droit, qui ont cette qualité pour le régime d'assurance maladie-maternité obligatoire des Travailleurs Non-Salariés, peut ouvrir droit à déduction fiscale dans les conditions prévues par la Loi dite « Madelin ».

L'affiliation des Ayants droit prend effet à la date d'affiliation précisée dans le certificat d'adhésion, elle se renouvelle automatiquement par tacite reconduction à chaque date anniversaire, sauf dénonciation de l'affiliation adressée à la Mutuelle par tout support durable.

La demande de suppression d'un Ayant-droit doit être adressée par le Membre participant à la Mutuelle sur tout support durable après au moins six (6) mois de présence de l'Ayant droit. La suppression de l'Ayant-droit est effective à la fin du mois au cours duquel la demande est effectuée.

Le Membre participant doit joindre à sa demande d'affiliation d'Ayant droit les justificatifs de cette qualité.

Le Membre participant s'engage à procéder à la résiliation de ses Ayants droit auprès de la Mutuelle dès que ces derniers ne justifient plus de cette qualité.

## **Article 4.5 - Formalités d'adhésion**

Suivant sa situation professionnelle, la personne souhaitant adhérer doit joindre à son bulletin d'adhésion :

- Une pièce d'identité en cours de validité à la date de l'adhésion (Carte Nationale d'Identité ou Passeport) ;
- Un justificatif de domicile, de travail ou de scolarité ;
- Une copie de l'attestation de la carte vitale et de celles des bénéficiaires ayant leur propre numéro de Sécurité sociale ;
- Les justificatifs de la qualité d'Ayants droit ;
- Un RIB ;
- Un justificatif d'adhésion émanant de l'organisme assureur précédent si le contrat avait été souscrit dans le cadre du décret du 8 novembre 2011, mentionnant soit le montant du coefficient de majoration qui était affecté à sa cotisation, soit une attestation de non-majoration, si sa cotisation n'en était pas affectée ;
- Un extrait d'inscription au Répertoire des Métiers ou un extrait KBIS de moins de trois (3) mois ou une attestation vigilance URSSAF ou autre justificatif de qualité de TNS ;
- Le cas échéant, le certificat de radiation du précédent organisme assureur lorsque son adhésion ne relevait pas du décret du 8 novembre 2011, afin d'être exonéré de l'application d'un délai d'attente pour les prestations qui en supporterait, dès la prise d'effet de l'adhésion ;
- toute autre information qui serait nécessaire à la Mutuelle pour enregistrer l'adhésion.

A défaut de transmission d'un dossier complet, l'adhésion ne pourra prendre effet.

## **Article 4.6 - Changement de situation personnelle ou familiale**

Le Membre participant doit impérativement signaler à la Mutuelle dans le délai de deux (2) mois qui suit évènement les changements survenant dans sa situation ou celle de ses Ayants droit (adresse, nom, régime social, coordonnées bancaires, affiliation ou résiliation d'Ayants droit...).

Si la demande est effectuée dans le délai, la modification prendra effet à la date de l'évènement et au plus tard au premier jour du mois suivant la demande.

Dans le cas où elle n'est pas faite dans le délai de deux (2) mois, la Mutuelle ne pourra pas être tenue pour responsable des conséquences ; le changement ne sera alors pris en considération qu'à compter de la date de la demande.

## **Article 4.7 - Fausse déclaration**

Les dispositions des articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité s'appliquent au contrat.

Ainsi, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre participant par la Mutuelle est nulle 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 le Membre participant 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.

## **Article 4.8- Modalités de résiliation de l'adhésion en cours par le Membre participant**

### **4.8.1 Au cours de la première année d'adhésion**

Lors de sa première année d'adhésion, le Membre participant peut mettre fin à son engagement à compter de la date anniversaire de son contrat. Pour ce faire, il adresse une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, tels que cités ci-après, au moins deux (2) mois avant la date anniversaire.

La résiliation prend effet le dernier jour à vingt-quatre heures précédant la date anniversaire de l'adhésion, les cotisations restent dues jusqu'à cette date.

#### **4.8.2 A compter de la deuxième année d'adhésion**

Après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de son adhésion, le Membre participant peut résilier son contrat, sans frais ni pénalité, avec les conséquences suivantes :

- La résiliation prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le Membre participant ;
- Le Membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation ;
- La Mutuelle rembourse le solde éventuel au Membre participant dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

La notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration écrite faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle du Rempart ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la Mutuelle du Rempart propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Que ce soit au cours de la première année d'adhésion ou à l'issue de la première année d'adhésion, en fonction du moyen retenu, la demande de résiliation devra être adressée à la Mutuelle :

- Soit par lettre simple à l'adresse suivante :

Mutuelle du Rempart  
Service « Gestion Résiliation »  
1, rue d'Austerlitz - CS 27 261  
31072 Toulouse Cedex 6

- Soit par courrier électronique à l'adresse suivante :

gestionresiliation@mutuelledurempart.fr

- Soit en se rendant dans une des agences de la Mutuelle du Rempart dont la liste est fournie sur demande ou est consultable sur son site web à l'adresse suivante : [www.rempartmutuelle.fr](http://www.rempartmutuelle.fr).

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification. Elle communique également, par tout support durable, la date de prise d'effet de la résiliation ainsi que le droit du Membre participant à être remboursé du solde des cotisations, s'il y en a un, dans un délai de trente (30) jours à compter de cette date.

#### **4.8.3 Modalités de résiliation en application des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la mutualité**

L'adhésion au Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par les Amis du Rempart pourra également être résiliée lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies ou en cas de survenance de l'un des événements prévus à l'article L 221-17 du Code de la mutualité.

De même, le décès du Membre participant entraîne de fait une cessation d'adhésion.

La Mutuelle rembourse au Membre participant la partie des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à partir de la date d'effet de la résiliation.

#### **4.8.4 Effets de la résiliation**

La résiliation des garanties complémentaires santé met un terme à l'adhésion. Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit aux prestations étaient réunies préalablement à la date d'effet de la résiliation.

À compter de sa date de résiliation, le Membre participant 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 retourner à la Mutuelle sans délai, la ou les carte(s) d'Adhérent et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait du fait de son adhésion, sans préjudice pour la Mutuelle de recouvrer les sommes indûment versées.

#### 4.8.5 Cessation des garanties

Les garanties cessent à l'égard de tous les bénéficiaires :

- En cas de résiliation de l'adhésion en application des dispositions de l'article 4.8 ;
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions mentionnées à l'article 7.3 :
- En cas de décès du Membre participant. La radiation du Membre participant entraîne également la radiation de ses Ayants droit.

La date limite d'exercice du droit à résiliation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle des cotisations, conformément aux dispositions légales.

L'adhésion peut être résiliée par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions détaillées au paragraphe cotisations.

### ARTICLE 5 - GARANTIES

#### Article 5.1 - Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés par le Membre participant et ses éventuels Ayants droit en cas de maladie, maternité, accident. La Mutuelle rembourse les frais donnant lieu à prestation de la part du régime obligatoire d'assurance maladie français et, éventuellement, des frais complémentaires expressément détaillés dans les tableaux de garanties annexés, sur prescription médicale.

Les remboursements de frais de santé sont effectués par la Mutuelle sur la base du tarif de convention et sont exprimés par Régime obligatoire d'assurance maladie incluse.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre participant, ou de l'Ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties sont conformes au dispositif législatif relatif aux « contrats responsables », détaillé notamment dans l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses différents textes d'application. Les garanties seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Sont expressément exclues des prestations :

- la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés eu cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L16.0-13 II.de Code de la Sécurité Sociale) ;
- la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (conformément à l'art. L 160-13 III du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonné (conformément aux articles L162-5-3 et L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel ;

Les remboursements respectent les obligations :

- de prise en charge de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en charge du ticket modérateur pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, notamment les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, les prestations liées à la prévention ;
- de prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier en établissement hospitalier ;
- de double limitation des remboursements des dépassements tarifaires sur les actes et consultations des médecins non adhérents au dispositif de l'OPTAM ou OPTAM-CO ;
- de prise en charge minimale et maximale, en cas de remboursement des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité pour les dispositifs d'optique médicale.

La Mutuelle communique annuellement le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties selon les modalités précisées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

## **Article 5.2 - Choix des garanties et changement de couverture**

Si plusieurs options de garanties sont proposées, le Membre participant doit indiquer son choix de garanties sur son bulletin d'adhésion.

A défaut de choix clairement exprimé, le Membre participant et ses Ayants droit sont affiliés à l'option de garanties de base.

Les Ayants droit sont affiliés aux mêmes garanties que celles du Membre participant.

Sauf demande écrite de changement d'option de garanties, dans les conditions décrites ci-après, l'option de garantie est reconduite chaque année par tacite reconduction.

### **5.2.1 Changement vers une formule supérieure de garanties**

A condition de justifier d'une durée d'adhésion supérieure à douze (12) mois dans une même couverture, le Membre participant peut demander à changer de niveau de garantie en formulant sa demande auprès de la Mutuelle par tout moyen à sa convenance.

Sous réserve qu'il accepte l'ajustement tarifaire lié à ce changement, la nouvelle couverture interviendra au plus tôt après le respect d'un préavis d'un (1) mois à compter de sa demande. La date d'effet des nouvelles garanties est fixée au premier jour du mois civil suivant l'expiration du délai de préavis, sans que soient appliqués par la Mutuelle de frais et de pénalités.

Pour formuler sa demande, le Membre participant remplira un avenant au bulletin d'adhésion.

### **5.2.2 Changement vers une formule inférieure de garanties**

Les règles relatives au changement de couverture vers une formule inférieure de garanties sont les mêmes que celles mentionnées au paragraphe précédent.

Le niveau de garantie choisi et la date d'effet sont indiqués dans le certificat d'adhésion adressé au Membre participant.

Les garanties sont détaillées dans l'annexe 1 à la présente notice d'information.

## **Article 5.3 - Révision des garanties**

Des modifications du cadre législatif ou réglementaire et la parution de nouveaux textes d'application pourront impliquer l'adaptation des présentes garanties pour mise en conformité aux nouvelles règles. Le contrat sera notamment adapté en cas d'évolution du dispositif sur les « contrats responsables ». Les Parties au contrat peuvent également souhaiter faire évoluer les garanties par avenant au contrat.

Le Membre participant pourra résilier son adhésion dans le délai d'un (1) mois suivant la transmission de l'information sur les modifications impactant ses droits et obligations.

## **ARTICLE 6 - PRESTATIONS**

### **Article 6.1 - Conditions de paiement des prestations**

Le règlement des prestations s'effectue, soit par système de télétransmission, soit sur demande adressée à la Mutuelle, accompagnée des pièces nécessaires au traitement du dossier : décomptes originaux du Régime obligatoire d'assurance maladie français, notes d'honoraires des praticiens et factures originales acquittées et tout document supplémentaire demandé par la Mutuelle.

Seules les dépenses engagées pendant la période de validité de l'adhésion (c'est-à-dire entre sa date d'effet et sa résiliation pour quelle que cause que ce soit) ouvrent droit à remboursement par la Mutuelle, la date des soins faisant foi.

La Mutuelle assure la prise en charge du ticket modérateur (TM) des soins pris en charge par la Sécurité sociale réalisés à l'étranger. Lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale, les soins à l'étranger sont remboursés en fonction du forfait prévu à la garantie.

La Mutuelle peut demander à qui de droit, antérieurement ou postérieurement au paiement d'une prestation, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir l'effectivité de la réalisation des dépenses engagées.

## **Article 6.2 – Ouverture du droit aux prestations, délai d’attente**

Sont immédiatement pris en charge dès la prise d’effet de l’adhésion, les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date des soins ou d’exécution est postérieure à la date d’ouverture des droits et antérieure à la date de résiliation de l’adhésion.

Toutefois, la Mutuelle peut appliquer des délais d’attente pour le versement de certaines prestations pour : les adhérents ne pouvant présenter un certificat de radiation de moins de deux (2) mois ainsi que pour le changement de garanties à la hausse.

## **Article 6.3 - Contrôle**

La mutuelle peut demander à qui de droit, antérieurement ou postérieurement au paiement d’une prestation, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout renseignement permettant d’apprécier la réalité des déclarations effectuées ou des dépenses qu’elle aurait engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de satisfaire aux demandes de contrôle de la mutuelle, ou lorsqu’il résulte de ce contrôle que les déclarations ou les dépenses engagées sont frauduleuses, la mutuelle ne prendra pas en charge les prestations,

En cas de récupération de la part de l’Assurance Maladie Obligatoire, à la suite d’un contrôle d’un professionnel de santé effectué après un remboursement, la mutuelle se réserve le droit de récupérer les prestations indûment versées.

Par ailleurs, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin consultant un dentiste consultant I ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre de la présente Notice, ce dernier pouvant se faire assister par tout professionnel de santé de son choix. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Les devis dentaires dont le montant est supérieur ou égal à 400 €, qu’ils concernent des soins pris et/ou non pris en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale seront systématiquement soumis au contrôle d’un dentiste consultant.

## **Article 6.4 - Tiers payant**

Selon la garantie souscrite, le Membre participant bénéficie du tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l’avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu’en fonction des accords passés entre les Professionnels de Santé et la Mutuelle, sur présentation de la carte de Tiers-Payant, en cours de validité.

En ce qui concerne les hospitalisations, le Tiers Payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

Le Membre participant s’engage à :

- n’utiliser sa carte de Tiers-Payant que s’il est à jour de ses cotisations à la date des soins ;
- détruire en cas de changement de garanties son ancienne carte et présenter la nouvelle aux Professionnels de Santé à compter de sa date d’effet.

Dans le cas d’une utilisation non conforme, le Membre participant s’engage à acquitter auprès de la Mutuelle la dette dont il serait alors redevable.

## **Article 6.5 - Indus**

Le Membre participant est redevable des sommes qu’il aurait perçues à tort, notamment des remboursements de frais engagés hors période de garantie, qu’ils aient été directement perçus par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du Tiers-Payant. En cas de versement de prestations se révélant indus, la Mutuelle se réserve le droit de compenser le versement indu avec un versement de prestation postérieur ou de solliciter le remboursement de la prestation indument versée.

## **Article 6.6 - Déclaration du risque et prescription**

La Mutuelle doit être informée de la réalisation du risque couvert par chaque garantie dès que le bénéficiaire de la prestation en a connaissance et au maximum dans le délai de prescription afférent à la garantie en cause. La Mutuelle se réserve le droit de demander une indemnité en cas de déclaration tardive, conformément à l’article L. 221-16 du Code de la mutualité.

Conformément aux articles L 221-11 et L 221-12 du Code de la mutualité, toutes les actions dérivant des opérations régies par le contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court pas :

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

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 avec accusé de réception adressée par la Mutuelle 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, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### **Article 6.7 - Subrogation**

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des Membres participants ou de leurs Ayants droit contre les tiers responsables. A cet effet, le Membre participant et ses Ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

## **ARTICLE 7 - COTISATIONS**

### **Article 7.1 - Montant des cotisations**

Le Membre participant s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle et telles que définies ci-après.

La cotisation est due pour une année d'adhésion pleine.

Le Membre participant est informé du montant des cotisations afférentes à la formule à laquelle il adhère.

Le coût éventuel de l'utilisation d'une technique de communication à distance par le Membre participant pour adhérer à la présente Notice est à sa charge exclusive selon les conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée.

Le montant des cotisations intègre les taxes et prélèvements fixés par la législation et réglementation en vigueur et spécifiques aux risques garantis. Toute évolution de taxe sera intégrée au calcul des cotisations à la date d'application des nouveaux textes.

Lorsque l'âge est pris en compte dans le calcul du montant de la cotisation, la cotisation due est celle correspondant à l'âge atteint par le bénéficiaire au cours de l'année civile. La cotisation évolue ensuite en fonction de son âge. L'âge est calculé par différence de millésime entre la date d'émission de la cotisation et l'année de naissance du bénéficiaire moins une année.

### **Article 7.2 - Fixation des cotisations**

Le barème des cotisations est fixé annuellement par le Conseil d'Administration et figure en annexe 2 de la présente Notice d'Information. Il s'applique à compter du 1er janvier de chaque année.

Selon la gamme de garanties à laquelle adhère le Membre participant, la cotisation des enfants est établie en fonction du nombre d'enfant(s) affilié(s). Ainsi, le tableau des cotisations mensuelles applicable à chaque gamme de garanties, détermine le nombre d'enfant(s) au-delà duquel la gratuité de la cotisation est acquise pour les enfants suivants (cf. annexe 2)

Une réduction de cotisation pourra être accordée lors de l'adhésion d'un couple ou l'ajout d'un conjoint.

### **Article 7.3 - Paiement des cotisations**

Le Membre participant est tenu au paiement de la cotisation annuelle due pour lui-même et l'ensemble de ses Ayants droit. Le montant de la cotisation annuelle est mentionné sur chaque appel de cotisations.

Elle est acquittée, d'avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Pour les paiements mensuels, le prélèvement sur compte bancaire ou postal est obligatoire.

En cas d'adhésion en cours d'année civile, la cotisation est calculée au prorata de la cotisation annuelle en vigueur.

En cours d'adhésion, le Membre participant peut modifier le mode et la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande à la Mutuelle.

Pour tout prélèvement impayé, des frais de banque seront retenus sur le prochain prélèvement. Pour tout chèque impayé, des frais de banque viendront s'ajouter au montant de la cotisation due.

Le Membre participant s'engage à régler la cotisation au plus tard dans les dix (10) jours suivant leur échéance périodique.

Les cotisations doivent être acquittées :

- Soit par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal ;
- Soit par chèque ou carte bancaire ou virement sur le compte de la Mutuelle du Rempart ;
- Soit par Titre Interbancaire de Paiement (TIP).

Aucun paiement en espèce ne sera accepté.

### **Non-paiement des cotisations**

Conformément à l'article L 221-8 du Code de la mutualité, le Membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours (10) de son échéance peut être exclu du groupe.

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

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

En cas d'incident de paiement (rejet d'un prélèvement automatique ou chèque sans provisions) la Mutuelle se réserve le droit d'exiger des frais financiers et de gestion liés à ce rejet.

### **Article 7.4 - Révision des cotisations et des garanties**

Chaque année, les cotisations et garanties sont analysées et éventuellement ajustées en raison notamment des modifications des bases au des taux de remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie, de l'évolution des dépenses de santé, des résultats techniques du contrat collectif à adhésion facultative, des dispositions législatives ou réglementaires encadrant le contrat.

Conformément à l'article L 221-6 du Code de la mutualité, le Membre participant doit être informé de toute modification de ses droits et obligations, il peut demander la résiliation de son adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle, dans le délai d'un (1) mois suivant la transmission de l'information sur ces modifications.

### **ARTICLE 8 - RÉCLAMATION - MÉDIATION**

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : client (particulier ou professionnel), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service qui ont été sollicités par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.

Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation

Les coordonnées du Service Réclamations de la Mutuelle sont les suivantes :

Mutuelle du Rempart - Service Réclamations - 1, rue d'Austerlitz - CS 27 261 - 31072 Toulouse Cedex 6

Tél. 05 62 15 07 31

Les Membres participants ou leurs Ayants droit peuvent également s'adresser à leur interlocuteur habituel qui transmettra au service concerné.

Un accusé de réception est adressé à l'auteur de la réclamation au plus tard dans les dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation sauf si la réponse est apportée dans ce délai.

La Mutuelle traite les réclamations dans un délai de deux (2) mois.

En l'absence de réponse dans un délai de deux (2) mois après l'envoi de la réclamation ou si l'auteur de la réclamation n'est pas satisfait de la réponse apportée, ce dernier a la possibilité de saisir Le Médiateur.

Service de médiation de la consommation - 39 Avenue Franklin D. Roosevelt, 75008 Paris  
consommation@cmap.fr

Le médiateur peut être saisi dans un délai maximum d'un (1) an à compter de la date d'envoi de la première réclamation écrite.

Le recours à la médiation est gratuit. Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être obtenues sur demande.

## **ARTICLE 9 - TERRITORIALITÉ**

Seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire française pourront être pris en charge par la Mutuelle.

En cas de frais de santé imprévus engagés à l'étranger, la Mutuelle intervient à hauteur de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sous réserve de recevoir les décomptes originaux de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le paiement des prestations est toujours effectué sur un compte bancaire français et dans la monnaie légale de l'État français ; le taux de conversion monétaire utilisé est identique à celui utilisé par le régime d'Assurance Maladie.

Toutefois, la Mutuelle pourra rembourser selon les taux indiqués dans les tableaux de garantie sous réserve de recevoir :

- **l'original ou la copie :**
  - ✓ des factures acquittées et des prescriptions médicales (traduites en français) ;
  - ✓ du formulaire S3125 intitulé "Soins reçus à l'étranger".
- **l'original :**
  - ✓ du décompte de l'Assurance Maladie obligatoire ;
  - ✓ ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.

Dans tous les cas, la Mutuelle rembourse sur la base des taux et des remboursements français dans la limite des frais engagés ; si des prestations annexes à ces soins ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, elles seront remboursées par la mutuelle de la même manière qu'en France, si le tableau de garantie les prévoit.

## **ARTICLE 10 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

L'instance de contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

## **ARTICLE 11 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

### **• Protection des données personnelles**

La Mutuelle du Rempart en tant que responsable de traitement, s'engage à l'égard de ses Membres au respect d'une conformité continue aux dispositions du Règlement Général de Protection des Données Personnelles (RGPD), et de celles de la loi n° 78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée (LIL) en matière de protection des données personnelles qu'elle est amenée à collecter et à traiter dans le cadre de ses activités.

A ce titre, la Mutuelle s'engage notamment à :

- ✓ Traiter les données personnelles uniquement pour les seules finalités pour lesquelles elle est autorisée ;
- ✓ Garantir la confidentialité des données à caractère personnel traitées dans ce cadre ;
- ✓ Vérifier que les droits des personnes figurant dans le(s) fichier(s) et, en particulier, leurs droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des informations les concernant sont respectés. Il en sera de même concernant le droit d'opposition pour des motifs légitimes et de limitation du traitement des données dans les conditions visées à l'article 18 du RGPD.
- ✓ Veiller au respect de mise en œuvre des directives post-mortem formulées le cas échéant par les personnes concernées par le traitement de leurs données personnelles ;

- ✓ Veiller à ce que les personnes autorisées à traiter les données à caractère personnel ;
- ✓ S'engagent à respecter la confidentialité des données ;
- ✓ Reçoivent la formation nécessaire en matière de protection des données à caractère personnel ;
- ✓ Prendre en compte, s'agissant de ses outils, produits, applications ou services, les principes de protection des données dès leur conception.

Dans l'hypothèse où une violation de données à caractère personnel est susceptible d'engendrer un risque pour les droits et libertés des personnes physiques, la Mutuelle notifiera directement à la CNIL la violation de données dans les conditions énoncées à l'article 33 du Règlement européen et communiquera également dans les meilleurs délais ladite violation à la personne concernée, lorsque cette violation est susceptible d'engendrer un risque élevé pour ses droits et libertés, tel que défini à l'article 34 du Règlement européen.

La Mutuelle du Rempart prévoit des garanties suffisantes quant à la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles appropriées, de manière à ce que le traitement réponde aux exigences légales et réglementaires et garantisse la protection des droits.

Les données à caractère personnel recueillies au titre des demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de la Mutuelle pour la gestion des adhésions à la présente Notice. Elles sont destinées dans ce cadre à la Mutuelle en tant que responsable du traitement, et, éventuellement, aux mandataires, partenaires, sous-traitants et/ou aux réassureurs de la Mutuelle.

Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de recherche scientifique ou historique, de prévention de la fraude, pouvant notamment conduire à l'inscription du membre participant sur une liste de personnes présentant un risque de fraude recouvrement et lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, ou d'obligations légales et, sauf opposition, à des fins commerciales.

Chaque Membre participant ainsi que leurs Ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage de la Mutuelle, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires et sous-traitants disposent d'un droit de communication, de rectification, de portabilité de ses données personnelles, ou encore d'un droit de retrait de son consentement à l'utilisation de ces données ainsi que d'un droit d'opposition et d'effacement pour des motifs légitimes à propos de toute donnée les concernant, en s'adressant au DPO désigné par la Mutuelle et en joignant à leur demande la copie d'un justificatif de leur identité, soit :

- Par écrit aux coordonnées suivantes : LEXAGONE – 9, rue Léon Salembien – 59200 TOURCOING (adresse postale) ou [dpo@lexagone.fr](mailto:dpo@lexagone.fr) (adresse électronique) ;

En outre, les Membres participants ainsi que leurs Ayants droit ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion du contrat d'assurance, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales) soit en ce qui concerne le contrat « frais de santé » deux (2) ans à compter de la résiliation du contrat et/ ou de l'adhésion du Membre participant.

Les données à caractère personnel ne font pas l'objet d'un transfert dans un pays tiers.

En application des dispositions de l'article 77 du RGPD, les Membres participants ont le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de violation alléguée du RGPD en écrivant à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou directement sur leur site internet : <https://www.cnil.fr>.

#### • **Droit d'opposition au démarchage téléphonique**

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le Membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- par connexion au site internet de la société de BLOCTEL à l'adresse suivante : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr)

Cette inscription permet au Membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à la Mutuelle de joindre téléphoniquement le Membre participant en cas de relations contractuelles préexistantes.

#### **ARTICLE 12 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME**

En application des dispositions de l'article L. 561-9 du Code monétaire et financier (CMF), les produits et services de la Mutuelle présentant un faible risque au regard de la réglementation relative à la lutte anti-blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, celle-ci est soumise à une mesure de vigilance alléguée tant qu'il n'y a pas de soupçon de blanchiment de capitaux ou de financement du terrorisme.

La Mutuelle a mis en place une procédure de vigilance, visant à recueillir les informations nécessaires à la connaissance de ses Membres (article L. 561-5 CMF), la nature des relations contractuelles (L. 561-5-1 CMF) et le cas échéant, des bénéficiaires effectifs des prestations. Elle respecte l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

A ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

### **ARTICLE 13 - LUTTE CONTRE LA FRAUDE**

La Mutuelle du Rempart a mis en place un dispositif de détection et de lutte contre la fraude à l'assurance.

La fraude est définie par l'ALFA, Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance, comme un « acte ou omission volontaire permettant de tirer un profit illégitime d'un contrat d'assurance ».

Ainsi, toute tentative de fraude ou fraude avérée de la part d'un Membre participant ou d'un ayant droit, sera sanctionnée par la caducité de la garantie et donnera lieu à des poursuites judiciaires notamment dans le cadre du recouvrement des éventuelles prestations indûment versées.

En cas de fraude ou tentative de fraude avérée pour obtenir des prestations indues, la Mutuelle peut également procéder à la résiliation du contrat. La résiliation prendra effet à la date de découverte des faits frauduleux qu'elle sanctionne.

La notification sera communiquée au Membre participant par lettre recommandée avec avis de réception adressée au dernier domicile connu. La radiation pour fraude engendre l'annulation de tous les avantages pécuniaires obtenus dans le cadre du contrat. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et d'intérêts