



REMPART
MUTUELLE

REGLEMENT MUTUALISTE
« PHENIX » PREVOYANCE

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	4
ARTICLE 1. - NATURE ET OBJET DU REGLEMENT.....	4
ARTICLE 2. - MEMBRE PARTICIPANT.....	4
ARTICLE 3. - DEFINITIONS.....	4
TITRE II - ADHESION, RESILIATION.....	5
CHAPITRE I. ADHESION	5
ARTICLE 4. - ADHESION.....	5
4.1 Modalités d'adhésion	5
4.2 Date d'effet de l'adhésion	5
4.3 Durée de l'adhésion.....	5
4.4 Modification de l'adhésion.....	6
ARTICLE 5. - CONDITIONS D'ADHESION	6
5.1 Personnes assurables.....	6
5.2 Professions et activités exclues	6
ARTICLE 6. - RENONCIATION	6
CHAPITRE II. RESILIATION	7
ARTICLE 7. - RESILIATION.....	7
7.1 Résiliation par le membre participant.....	7
7.2 Résiliations pour modification du risque	7
7.3 Résiliation pour non-paiement des cotisations	8
ARTICLE 8. - CONSEQUENCES DE LA RESILIATION	8
TITRE III - LES GARANTIES.....	8
CHAPITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES.....	8
ARTICLE 9. - TERRITORIALITE DES GARANTIES.....	8
ARTICLE 10. - RISQUES EXCLUS	8
CHAPITRE II GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA TOUTES CAUSES	9
ARTICLE 11. - BASE DE LA GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA TOUTES CAUSES ..	9
ARTICLE 12. - DETAIL DE LA GARANTIE.....	9
12.1 Capital en cas de décès toutes causes	9
12.2 Capital en cas de PTIA toutes causes.....	9
CHAPITRE III GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA PAR ACCIDENT.....	10
ARTICLE 13. - BASE DE LA GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA PAR ACCIDENT ...	10
ARTICLE 14. - DETAIL DE LA GARANTIE.....	10
14.1 Capital en cas de décès par accident	10
14.2 Capital en cas de PTIA par accident	10
TITRE IV - LES COTISATIONS.....	10
ARTICLE 15. - MONTANT DE LA COTISATION	10
ARTICLE 16. - PAIEMENT DE LA COTISATION.....	10
16.1 Règle applicable pour un adhérent bénéficiaire d'un contrat Rempart Santé	10
16.2 Règle applicable pour un adhérent sans contrat Rempart Santé	11

TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES.....	11
ARTICLE 17. - SUBROGATION.....	11
ARTICLE 18. - PRESCRIPTION.....	11
ARTICLE 19. - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	12
19.1 Définitions spécifiques	12
19.2 Modalités de traitement des données à caractère personnel	12
19.3 Sécurité des données à caractère personnel.....	13
19.4 Droits des personnes concernées.....	13
ARTICLE 20. - CONTRÔLE MÉDICAL.....	13
20.1 Visite médicale et enquête.....	13
20.2 Conciliation en cas de refus de prise en charge.....	13
ARTICLE 21. - OMISSION, FRAUDE ET FAUSSE DECLARATION.....	14
21.1 Omission	14
21.2 Fraude et Fausse déclaration.....	14
ARTICLE 22. - DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	14
ARTICLE 23. - MODIFICATION DU PRESENT REGLEMENT	15
ARTICLE 24. - VALEUR CONTRACTUELLE	15
ARTICLE 25. - ADHESION A DISTANCE	16
25.1 Signature électronique	16
25.2 Coût lié à l'usage d'une technique de communication à distance	16
ARTICLE 26. - RECLAMATION ET MEDIATION	16
ARTICLE 27. - FONDS DE GARANTIE	17
ARTICLE 28. - AUTORITE DE CONTROLE	17

	REGLEMENT MUTUALISTE « PHENIX » PREVOYANCE
--	---

MUTUELLE du REMPART, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro Siren n°776 950 537 dont le siège social est situé 1 rue d'Austerlitz - CS 27 261 - 31072 TOULOUSE cedex 6.

La Mutuelle du REMPART assure la gestion de l'ensemble des garanties régies par le présent règlement.

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1. - NATURE ET OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement mutualiste est régi par le Code de la mutualité.

Il a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et des statuts de la Mutuelle, de définir les droits et obligations réciproques existant entre les membres participants de la mutuelle et la mutuelle, dans le cadre de la garantie des risques suivants :

DÉCÈS / PTIA TOUTES CAUSES

DÉCÈS / PTIA PAR ACCIDENT

ARTICLE 2. - MEMBRE PARTICIPANT

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré, et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

L'adhésion s'effectue selon les conditions et modalités fixées au présent règlement mutualiste. Il est remis à chaque membre participant un exemplaire des statuts de la mutuelle et du présent règlement mutualiste.

Toute personne perdant sa qualité de membre participant peut devenir, selon les modalités et conditions fixées par les statuts de la mutuelle, membre honoraire en versant une cotisation.

Le membre honoraire peut acquérir à nouveau la qualité de membre participant s'il remplit les conditions d'adhésion fixées au présent règlement.

ARTICLE 3. - DEFINITIONS

1. La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est définie par l'impossibilité absolue et définitive pour l'assuré, à la suite d'une maladie ou un Accident, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

Elle correspond pour un salarié à un classement dans la 3ème catégorie des invalidités au sens de la sécurité sociale et pour les travailleurs non-salariés, à une invalidité tant professionnelle que fonctionnelle de 100%, avec assistance d'une tierce personne.

2. Accident : événement soudain, imprévisible, irrésistible et extérieur à la victime ayant pour elle, des conséquences matérielles et/ou physiques.

La preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le risque assuré incombe au bénéficiaire des prestations

Toutes prestations spécifiques à un événement accidentel, tel que défini ci-dessus, sont versées à condition que les risques assurés se réalisent dans les 12 mois qui suivent l'accident.

Ne sont pas considérés comme accident :

Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'accident. Ne sont pas considérés comme accidentels :

- Les affections dues à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie (sauf fracture) ;
- Le suicide ;
- La tentative de suicide ;

- L'infarctus du myocarde ;
- Les affections vasculaires ;
- Les crises d'épilepsie ;
- Les ruptures d'anévrisme ;
- Les embolies cérébrales ;
- Les hémorragies méningées ;
- Les affections dues à un choc émotif ou à un surmenage ;
- Les conséquences des affections précitées.

3. Non-fumeur :

Est considérée comme non-fumeur toute personne pouvant certifier qu'elle n'a pas fumé (y compris des cigarettes électroniques) au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion, et pour autant qu'elle n'ait pas arrêté de fumer à la demande expresse du corps médical. Lors de l'adhésion, l'assuré signe une déclaration spéciale non-fumeur indiquant qu'il s'engage à prévenir la Mutuelle du Rempart s'il devenait fumeur.

TITRE II - ADHESION, RESILIATION

CHAPITRE I. ADHESION

ARTICLE 4. - ADHESION

4.1 Modalités d'adhésion

Chaque personne candidate à l'adhésion se voit remettre avant la signature de la Demande d'Adhésion, les statuts de la mutuelle et le présent règlement mutualiste.

Ensuite, chaque personne candidate, après acceptation du devis, complète et signe la Demande d'Adhésion, la transmet à la mutuelle, accompagnée d'un justificatif d'identité (carte d'identité ou passeport en cours de validité).

Cette signature vaut accord des dispositions des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, qui s'imposent au membre participant et à ses bénéficiaires.

Le candidat peut avoir également à compléter, selon la garantie souscrite, une déclaration d'état de santé et se soumettre, le cas échéant, aux formalités médicales.

A la Demande d'Adhésion, si l'adhérent souhaite opter pour un règlement des cotisations par prélèvement automatique, il doit être joint le mandat SEPA de prélèvement des cotisations accompagné d'un RIB.

4.2 Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion et les garanties prennent effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et, au plus tôt, le 1^{er} jour de mois qui suit la réception de la Demande d'Adhésion au siège de la Mutuelle du Rempart, sous réserve de l'acceptation du risque par la Mutuelle du Rempart.

Si la mutuelle accepte la Demande d'Adhésion, elle envoie au membre participant un Certificat d'Adhésion indiquant les garanties qu'il a souscrites, leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, les délais d'attente éventuels et la date d'effet des garanties.

Si la mutuelle refuse la Demande d'Adhésion, la mutuelle en informe la personne candidate et lui rembourse les cotisations éventuellement versées.

4.3 Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement mutualiste produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction, pour une durée d'un an, sauf résiliation selon les modalités fixées au présent titre.

4.4 Modification de l'adhésion

Le membre participant doit informer la mutuelle de :

- Tout changement d'activité professionnelle telle que le membre participant ne remplit plus les conditions fixées à l'article « CONDITIONS D'ADHESION » ;
- Toute modification des conditions d'exercice de sa profession ;
- Toute cessation temporaire ou définitive de son activité ;
- Tout changement de son état civil ;
- Tout changement de son adresse ;
- Tout changement concernant le RIB ;

ARTICLE 5. - CONDITIONS D'ADHESION

5.1 Personnes assurables

Le présent contrat est réservé aux personnes physiques :

- Agées au moins de 18 ans et de moins de 60 ans ou 70 ans à la date d'effet de l'adhésion, en fonction des garanties souscrites ;
- Résidant en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), dans la principauté de Monaco, dans les pays de l'Union Européenne et en Suisse. Dans le reste du monde, les garanties sont acquises pour des séjours du membre participant n'excédant pas 3 mois, exclusion faite des destinations déconseillées par le Quai d'Orsay.

5.2 Professions et activités exclues

Sont expressément exclues des garanties les personnes exerçant une des professions suivantes ou travaillant dans un des domaines d'activités suivants :

- Les professions du cirque ;
- Les forains ;
- Les professions en relation avec les travaux forestiers (ouvriers forestiers, bûcherons, élagueurs, débardeurs, exploitants forestiers ;
- entrepreneurs de travaux forestier, agents forestiers, opérateurs de sylviculture-reboisement, chauffeurs grumier) ;
- Les professions en relation avec la montagne (moniteurs de ski, guides de montagne, perchistes, accompagnateurs en moyenne ;
- montagne, pisteurs secouristes) ;
- Les professions en relation avec la mer (marins, marins-pêcheurs, travaux sous-marin, plongeurs scaphandrier, ouvriers aquacole) ;
- Les professions en relation avec l'aérien (moniteurs d'aviation, pilotes) ;
- Les professions en relation avec le maintien de l'ordre (activités de gardiennage/sécurité, policiers, gendarmes, militaires, gardes du corps, détectives privés, CRS) ou la lutte contre l'incendie (pompiers volontaires / professionnels) ;
- Les convoyeurs de fonds ;
- Les cascadeurs ;
- Les professions sur site d'exploitation minière, pétrolière ;
- Les professions avec manipulation d'explosifs ou de substances chimiques et / ou toxiques ;
- Les personnes ayant une activité professionnelle à l'étranger, c'est-à-dire qui travaillent en permanence à l'étranger ou en tout état de cause plus de 60 jours par an à l'étranger ;
- Les sportifs professionnels :
L'assuré ne doit appartenir à aucune de ces professions, les garanties le concernant cesseront automatiquement si celui-ci changeait de profession en cours de contrat, pour une des professions ci-dessus. Par dérogation et à la demande de l'assuré, l'une de ces professions peut être garantie, sous réserve de l'acceptation écrite de l'assureur (avec ou sans condition particulière).

ARTICLE 6. - RENONCIATION

Le membre participant peut renoncer à son adhésion au présent règlement pendant 30 jours calendaires révolus, à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Pour renoncer à son adhésion, le membre participant doit faire parvenir la demande de renonciation à
Mutuelle du REMPART
1 rue d'Austerlitz
CS 27 261
TOULOUSE Cedex 6

par lettre recommandée avec avis de réception, accompagnée de l'exemplaire original de son Certificat d'Adhésion.

La mutuelle restituera au membre participant l'intégralité de la somme versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation, dont un modèle est proposé ci-après.

La lettre de renonciation pourra être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) (Nom, prénom), demeurant
(Adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au règlement PHENIX pour les garanties auxquelles j'ai adhéré le (Préciser la date) :
et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation.
Date et Signature ».

CHAPITRE II. RESILIATION

ARTICLE 7. - RESILIATION

7.1 Résiliation par le membre participant

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extra-judiciaire, soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, au moins deux (2) mois avant la date d'échéance annuelle soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, à l'adresse suivante :

Mutuelle du REMPART
1 rue d'Austerlitz
CS 27 261
31072 TOULOUSE CEDEX 6

Le destinataire confirme, par écrit, la réception de la notification.

La résiliation prend effet au 31 décembre, à minuit, de l'année en cours, les cotisations restant dues jusqu'à cette date.

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

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis, qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis, pour dénoncer la reconduction. Le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3, mettre un terme à l'adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de la reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou la date de notification.

7.2 Résiliations pour modification du risque

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa garantie, en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, ou de départ en retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de sa notification.

La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

7.3 Résiliation pour non-paiement des cotisations

Le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix (10) jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente (30) jours après sa mise en demeure effectuée par la mutuelle. Aucune prestation ne peut être servie pendant la période de suspension. Le paiement de la cotisation ou fraction de celle-ci ayant donné lieu à cette mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée entre la mise en demeure et le paiement, rétablira le droit aux prestations pour l'ensemble de la période, sous réserve que ce paiement intervienne au plus tard six (6) mois après l'échéance ayant donné lieu à sa mise en demeure.

Le membre participant n'ayant pas acquitté sa cotisation ou la fraction de celle-ci ayant fait l'objet d'une mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée, verra sa garantie résiliée au plus tard six (6) mois après l'échéance ayant donné lieu à sa mise en demeure.

ARTICLE 8. - CONSEQUENCES DE LA RESILIATION

La résiliation donne droit au remboursement des cotisations versées au prorata de la période d'assurance non garantie sauf stipulations contraires prévues au présent règlement mutualiste.

TITRE III - LES GARANTIES

CHAPITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

ARTICLE 9. - TERRITORIALITE DES GARANTIES

Les garanties du membre participant sont acquises en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), dans la principauté de Monaco, dans les pays de l'Union Européenne et en Suisse. Dans le reste du monde, les garanties sont acquises pour des séjours du membre participant n'excédant pas 3 mois, exclusion faite des destinations déconseillées par le Quai d'Orsay.

ARTICLE 10. - RISQUES EXCLUS

Ne sont pas garanties et ne donnent lieu à aucun paiement, les conséquences :

- Du suicide ou de la tentative de suicide dans la première année de l'adhésion :
 - En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation ;
- Du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'assuré, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné ;
- De faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante ;
- De guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- Du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré ou le bénéficiaire ;
- De mutilations volontaires, du refus de se soigner au sens du code de la sécurité sociale, blessures ou maladies ;
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ;
- De démonstrations, raids, acrobaties, compétitions, matchs, paris, tentatives de records ;
- De vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- Des conséquences de la pratique de l'ULM, de l'aile volante, du parapente, du parachutisme, de la plongée sous-marine (au-delà de 20 mètres), de l'alpinisme, dès lors que l'adhérent n'est pas encadré par un moniteur diplômé d'état, de la boxe et de la spéléologie, du saut à l'élastique et de la navigation à voile impliquant la traversée d'un océan ;
- D'activités sportives ou de loisirs pratiqués dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudences élémentaires ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel ;

- Des sports pratiqués à titre professionnel et leurs conséquences, les paris ou défis, ainsi que tout sport pratiqué en qualité d'amateur licencié, participant à des compétitions, matchs ou paris comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcations à moteur ;
- De cataclysmes, catastrophes naturelles, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée ;
- D'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques ;
- D'ingestion de médicaments non prescrits ou absorbés abusivement,
- D'accidents dont est victime l'assuré, alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie ou d'ivresse manifeste et lorsque sa responsabilité est engagée.

CHAPITRE II GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA TOUTES CAUSES

Cette garantie peut être souscrite seule ou combinée à la GARANTIE CAPITAL DECES/ PTIA PAR ACCIDENT.

ARTICLE 11. - BASE DE LA GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA TOUTES CAUSES

Un capital dont le montant est choisi lors de l'adhésion, et inscrit dans le certificat d'adhésion. Le montant choisi (base de garanties) doit être compris entre 10 000 € et 50 000 €, par tranche de 10 000 €.

ARTICLE 12. - DETAIL DE LA GARANTIE

12.1 Capital en cas de décès toutes causes

En cas de décès du Membre participant dû à une Maladie ou à un Accident, avant le 31 décembre de l'année de son 65^e anniversaire, et dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital, dont le montant est choisi lors de l'adhésion, et inscrit dans le certificat d'adhésion.

Le capital garanti est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Le bénéficiaire peut être une personne physique ou une personne morale. (En cas de désignation d'un établissement de crédit pour la couverture d'un prêt, l'organisme bancaire est bénéficiaire, à concurrence des sommes dues et le surplus est versé aux héritiers).

Les modalités et les conséquences de la désignation du ou des bénéficiaire(s) :

Le Membre participant peut désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès, dans la Demande d'Adhésion, et ultérieurement par avenant au contrat, ou suivant toute autre forme juridiquement valide, notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, le Membre participant peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier, qui seront utilisées par la Mutuelle en cas de décès de l'assuré.

A défaut de désignation expresse d'un bénéficiaire ou si la désignation est caduque ou sans effet, les sommes dues sont versées au conjoint non séparé judiciairement de corps ou au signataire d'un Pacte Civil de Solidarité, à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés à parts égales entre eux, à défaut aux pères et mères par parts égales, ou au survivant d'entre eux, à défaut aux héritiers de l'assuré, selon la dévolution successorale.

Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de la Mutuelle, ne lui sera pas opposable.

L'assuré, sauf hypothèse de l'acceptation par le bénéficiaire, peut modifier cette clause bénéficiaire, selon ses souhaits. L'attention de l'assuré est attirée sur le fait qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit, cette désignation, sauf renonciation écrite faite par le bénéficiaire acceptant, devient irrévocable, sauf dispositions légales particulières. A défaut d'accord du bénéficiaire acceptant, l'assuré ne pourra procéder à aucune modification. L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé de l'assureur, de l'assuré et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire. Dans ce cas, elle n'a d'effet, à l'encontre de l'assureur, que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

12.2 Capital en cas de PTIA toutes causes

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, due à une Maladie ou à un Accident, avant le 31 décembre de l'année de son 65^e anniversaire, et dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé à l'assuré, le capital garanti en cas de décès toutes causes.

Ladite PTIA doit être constatée en France.

Le paiement du capital en cas de PTIA toutes causes met fin à la garantie Décès/PTIA toutes causes.
La GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA PAR ACCIDENT, si elle est souscrite demeure valable.

CHAPITRE III GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA PAR ACCIDENT

Cette garantie peut être souscrite seule ou combinée à la GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA TOUTES CAUSES.

I. DEFINITION DE LA GARANTIE

ARTICLE 13. - BASE DE LA GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA PAR ACCIDENT

Un capital dont le montant est choisi lors de l'adhésion et inscrit dans le certificat d'adhésion. Le montant choisi (base de garanties) doit être de 30 000 € ou 60 000 €.

ARTICLE 14. - DETAIL DE LA GARANTIE

14.1 Capital en cas de décès par accident

En cas de décès de l'assuré dû à un accident, avant le 31 décembre de son 75^{ème} anniversaire, et dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé au bénéficiaire désigné un capital dont le montant est choisi lors de l'adhésion et inscrit dans le certificat d'adhésion.

14.2 Capital en cas de PTIA par accident

En cas Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dû à un accident, avant le 31 décembre de l'année de son 65^e anniversaire et dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé à l'assuré, le capital garanti en cas de décès par accident.

Ladite PTIA doit être constatée en France.

Le paiement du capital en cas de PTIA par accident met fin à la garantie Décès par accident.

Toutefois, la GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA TOUTES CAUSES, si elle est souscrite demeure valable

TITRE IV - LES COTISATIONS

ARTICLE 15. - MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation est fixé annuellement par le Conseil d'administration de la Mutuelle du Rempart Il est exprimé en euros.

Pour la garantie **CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA TOUTES CAUSES**, la cotisation est fonction des éléments suivants :

- Du niveau de la garantie souscrite ;
- De la tranche d'âge atteint du membre participant calculée par différence de millésime entre la dernière année échu et l'année de naissance ;
- D'une minoration de tarif accordée lorsque le membre participant est non-fumeur tel que défini au présent Règlement Mutualiste.

Pour la garantie **CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS / PTIA PAR ACCIDENT**, la cotisation est uniquement fonction du niveau de la garantie souscrite.

ARTICLE 16. - PAIEMENT DE LA COTISATION

16.1 Règle applicable pour un adhérent bénéficiaire d'un contrat Rempart Santé

Si l'adhérent PHENIX est garanti en Santé, en qualité de membre participant ou d'ayant droit de la Mutuelle du Rempart, l'appel de cotisation se fait conjointement avec celui du contrat de complémentaire santé.

16.2 Règle applicable pour un adhérent sans contrat Rempart Santé

Si l'adhérent PHENIX n'est pas garanti au titre de la santé à la Mutuelle du Rempart, la cotisation sera payable annuellement ou fractionnée, à la stricte condition que la fraction (mensuelle, trimestrielle ou semestrielle) soit supérieure ou égale à 9 €.

Par dérogation, un adhérent bénéficiaire d'un contrat santé à la Mutuelle du Rempart peut demander une gestion individuelle de l'appel de cotisation de sa couverture prévoyance PHENIX.

Dans ce cas, la cotisation sera payable annuellement, ou fractionnée, à la stricte condition que la fraction (mensuelle, trimestrielle ou semestrielle) soit supérieure ou égale à 9 €.

Une demande écrite devra nécessairement être formalisée par l'adhérent PHENIX auprès de la Mutuelle du Rempart.

Le montant de la cotisation annuelle est mentionné sur chaque appel de cotisation.

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

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.

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).

En cas d'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée au prorata temporis, à compter de sa demande d'adhésion.

TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 17. - SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée de plein droit, dans les droits et actions du membre participant victime d'un accident, contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, jusqu'à concurrence des indemnités qu'elle lui a versées.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage (nt) à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ARTICLE 18. - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent règlement mutualiste 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 fausse 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 et s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant ou du bénéficiaire contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant, ou le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations relevant de la branche 20 (Vie-Décès), le bénéficiaire n'est pas le membre participant. Pour les opérations relevant de la branche 20 (Vie-Décès), nonobstant les dispositions du 2^{ème}, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans, à compter du décès du membre participant.

ARTICLE 19. - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

19.1 Définitions spécifiques

Dans le cadre des rapports régis par le présent Règlement mutualiste, la Mutuelle du Rempart, en qualité de responsable de traitement (ci-après « Mutuelle » ou « Responsable de traitement »), est amenée à traiter des données à caractère personnel (ci-après « Données à caractère personnel », « Données personnelles », ou « Données ») concernant les Membres participants et leurs ayants droit, ainsi que les adhérents potentiels de la Mutuelle (ci-après « Personnes concernées »).

A ce titre, la Mutuelle se conforme à la Règlementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, en particulier au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 dit « RGPD » et à la Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite « Loi Informatique et Libertés » (ci-après « Règlementation applicable »), afin d'assurer le respect du droit à la vie privée de ses Membres.

19.2 Modalités de traitement des données à caractère personnel

Base légale des traitements

Les traitements opérés sur les données à caractère personnel des Membres participants et de leur ayants droits, sont fondés sur :

- L'exécution des relations contractuelles et précontractuelles les liant à la Mutuelle (devis, étude des besoins, adhésion, contractualisation, prestations) ;
- Le respect d'obligations légales de la Mutuelle (lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, déclarations et prospections obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques) ;
- Le consentement des membres participants (prospection, offres commerciales) ;
- L'intérêt légitime du responsable de traitement (démarche qualité, contrôle interne...).

Finalités des traitements

La Mutuelle traite principalement les Données de ses Membres pour les finalités suivantes :

- Gestion des prospects (étude des besoins, demandes de devis, demandes de rendez-vous...) ;
- Gestion des contrats (dossiers d'adhésion, relations adhérents, réclamations, contentieux, ...) ;
- Gestion des prestations (versements, vérifications, soldes, échanges avec les professionnels de santé...) ;
- Gestion des cotisations (appels à cotisations, prélèvements, versements, impayés, trop perçus, ...) ;
- Gestion de la représentation mutualiste ;
- Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (obligation légale) ;
- Démarche qualité, contrôle interne, statistiques actuarielles.

Caractère obligatoire de la collecte

Toutes les données collectées sont obligatoires pour permettre la gestion des adhésions et des prestations, sauf celles spécifiquement identifiées comme facultatives. A ce titre, à défaut de communication de ces données, la Mutuelle ne sera pas en mesure de traiter les dossiers.

Données traitées

Outre les données collectées au sein du dossier d'adhésion, la mise en œuvre des prestations contractées peut nécessiter le traitement de catégories particulières de données, notamment :

- Le numéro de sécurité sociale (NIR) ;
- Les données relatives aux soins et à l'état de santé.

Destinataires des données

Sont seuls destinataires des données traitées :

- Les services internes ; la Mutuelle du Rempart ;
- Les services habilités et le médecin conseil de la Mutuelle du Rempart.

Peuvent également accéder aux données, dans la limite de leur besoin d'en connaître, et pour les besoins des finalités de traitement susmentionnées :

- Les prestataires de la Mutuelle : éditeurs des logiciels, hébergeurs des données, prestataires d'archivage, ...

- Les partenaires de la Mutuelle : organismes de tiers payant, partenaires de prévoyance, de réassurance, ...

Dans ce cas, les relations entre la Mutuelle et ses prestataires et partenaires, emportant l'accès à des données personnelles, sont régies par des documents contractuels assurant la confidentialité et la sécurité des données, conformément à la Réglementation applicable.

Outre les cas ci-dessus, les organismes publics et autorités administratives ou judiciaires, en leur qualité de tiers autorisés, sont susceptibles d'obtenir communication des données à caractère personnel, traitées sur le fondement de textes législatifs ou réglementaires, notamment l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

En tout état de cause, la Mutuelle s'engage à ne pas céder les données personnelles à des tiers, qui auraient pour activité ou finalité l'acquisition, de nouveaux prospects, en vue d'envoi de prospections commerciales.

Durées de conservation

Les Données traitées sont conservées pour une durée limitée aux besoins de l'accomplissement des finalités de traitement, ou pour la durée de la relation contractuelle, sans préjudice des délais d'archivage fondés sur une obligation légale et/ou sur les durées de prescription en vigueur.

19.3 Sécurité des données à caractère personnel

La Mutuelle prend toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin d'assurer la sécurité des données personnelles de ses Membres.

19.4 Droits des personnes concernées

Conformément à la Réglementation applicable, les Personnes concernées disposent de droits sur leurs données à caractère personnel.

Elles disposent notamment des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité (lorsqu'ils s'appliquent) sur leurs données, ainsi que de retrait du consentement, de limitation et d'opposition au traitement de leurs données à caractère personnel, et peuvent également définir des directives relatives au sort de leurs données, dans l'hypothèse de leur décès.

L'ensemble de ces droits peut être exercé auprès du délégué à la protection des données de la Mutuelle :

- **par courrier électronique : dpo@lexagone.fr**
- **par courrier, à l'adresse : DPO /Cabinet Lexagone- 9 rue Léon Salembien - 59200 TOURCOING**

De plus, si les personnes concernées ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, elles peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site www.bloctel.gouv.fr

De même, dans le cas particulier des traitements, mis en œuvre pour satisfaire aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, conformément à l'article L. 561-45 du Code Monétaire et Financier le droit d'accès s'exerce de manière indirecte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

ARTICLE 20. - CONTRÔLE MÉDICAL

20.1 Visite médicale et enquête

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à visite médicale ou à enquête, tout membre participant qui formule une demande ou bénéficie du versement de prestations, pour vérifier la réalité du sinistre et la validité de la déclaration faite par le membre participant, lors de l'adhésion à la garantie.

Au vu des conclusions du contrôle médical ou de l'enquête, la mutuelle statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande, et notifie sa décision à l'intéressé, directement par courrier.

Le membre participant qui refuse de se soumettre à un contrôle médical ou à une enquête ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, verra l'effet de sa garantie suspendue, sans préavis.

20.2 Conciliation en cas de refus de prise en charge

Tout refus de prise en charge par la mutuelle suite à un contrôle médical, et dès lors qu'il ne résulte pas d'une fausse déclaration intentionnelle, peut faire l'objet, à la demande du membre participant, d'une procédure de conciliation, dans un délai de deux (2) mois qui suivent ce contrôle.

Une demande écrite doit être adressée par le membre participant et mentionner la demande d'une mise en place de cette procédure, accompagnée d'un certificat médical établi par son médecin, qu'il désignera pour le représenter. La demande doit mentionner que le membre participant accepte les règles de la procédure de conciliation. Cette demande doit être adressée à la mutuelle dans les meilleurs délais, afin de mettre en place cette procédure.

Le médecin que le membre participant aura désigné, et le médecin conseil de la mutuelle, rechercheront une position commune relative à l'état de santé du membre participant.

En cas d'accord, les deux (2) parties établiront un procès-verbal d'accord. Dans le cas contraire, la mutuelle invite alors son médecin conseil et le médecin du membre participant, à désigner un médecin tiers pour les départager ; les conclusions de cet expert s'imposeront aux deux (2) parties.

En tout état de cause, chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin. Ceux du médecin tiers arbitre, ainsi que les frais liés à sa mission, sont à la charge de la partie perdante. Quel que soit le résultat de cette conciliation, les deux (2) parties ont la faculté d'exercer une action en justice.

ARTICLE 21. - OMISSION, FRAUDE ET FAUSSE DECLARATION

21.1 Omission

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de la cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord, la garantie prend fin selon les conditions visées par l'article L 221-15 du Code de la mutualité. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui restitue au membre participant la portion de cotisation payée, pour le temps où la garantie ne court plus. Le membre participant peut formuler une nouvelle demande d'Adhésion, dans les conditions définies au présent règlement mutualiste.

Si la constatation a lieu après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées, par rapport au taux des cotisations qui auraient dû être versées si le risque avait été exactement déclaré.

21.2 Fraude et Fausse déclaration

En cas de fraude ou de fausse déclaration du membre participant, ayant entraîné le paiement de prestations, la mutuelle peut décider de la radiation immédiate et sans préavis, du contrat.

Une enquête sera demandée par la mutuelle, afin que l'intéressé fournisse toutes explications nécessaires.

Si le résultat de l'enquête confirme les faits reprochés au membre participant, il peut être décidé le remboursement des prestations déjà servies et/ou l'annulation des droits de l'intéressé, au titre de l'adhésion, ainsi que le remboursement des frais engagés par la mutuelle, suite à cette fraude.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, faite par le membre participant, entraîne la nullité de la garantie, dès lors que cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la mutuelle, et ce alors même que le risque omis ou dénaturé 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. La mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées au membre participant ou à ses bénéficiaires.

La mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées à l'agent ou à ses bénéficiaires.

ARTICLE 22. - DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires, en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents. Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles que :

- La justification de l'identité du souscripteur ou de la personne qui acquitte les cotisations, de l'adhérent ;
- La provenance des fonds versés à la mutuelle à titre de paiement des cotisations ;
- Celles nécessaires au contrôle de la destination finale des fonds versées par la mutuelle, au titre du règlement des prestations.

A ce titre, une vigilance particulière doit être apportée sur les Personnes Politiquement Exposées (PPE). Cette vigilance consiste, notamment pour la mutuelle, à identifier de manière régulière quelle personne, au sein de ses adhérents, est susceptible d'être qualifiée comme PPE.

Conformément à l'article R. 561-18 du Code monétaire et financier, dans sa version applicable au 1^{er} octobre 2018, une PPE est définie comme :

I. Le membre participant (...) exposé à des risques particuliers en raison de ses fonctions, est une personne résidant dans un pays autre que la France et qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :

1. Chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
2. Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
3. Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
4. Membre d'une cour des comptes ;
5. Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
6. Ambassadeur ou chargé d'affaires ;
7. Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
8. Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
9. Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

II. - Sont considérées comme des personnes connues pour être des membres directs de la famille des personnes mentionnées au I :

1. Le conjoint ou le concubin notoire ;
2. Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
3. Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
4. Les ascendants au premier degré.

III. - Sont considérées comme des personnes étroitement associées aux personnes mentionnées au I :

1. Les personnes physiques qui, conjointement avec la personne mentionnée au I, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ;
2. Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la personne mentionnée au I ;
3. Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne mentionnée au I.

ARTICLE 23. - MODIFICATION DU PRESENT REGLEMENT

Conformément aux Statuts de la mutuelle, les évolutions du présent règlement, qu'il s'agisse des règles de gestion et des évolutions de montants et taux des cotisations et des prestations, relèvent de la compétence du Conseil d'administration. Celui-ci rend compte, devant l'Assemblée générale, des décisions prises.

Les décisions prises au titre de cette délégation sont opposables aux membres, dès qu'ils en ont connaissance.

ARTICLE 24. - VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- Le présent règlement mutualiste et ses annexes ;
- Le Certificat d'Adhésion ;
- La Demande d'Adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du Certificat d'Adhésion et celles de la Demande d'Adhésion, ce sont celles du Certificat d'Adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du présent règlement mutualiste n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'Adhésion souscrite par le membre participant exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties.

Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties se rapportant à l'objet de l'Adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du règlement mutualiste serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

ARTICLE 25. - ADHESION A DISTANCE

La Mutuelle peut proposer d'adhérer au Règlement de façon dématérialisée. A cet effet, le Membre participant devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de la Mutuelle.

25.1 Signature électronique

La signature électronique est un procédé permettant de donner à un document sur support électronique la même valeur juridique que celle d'un écrit sur support papier.

Elle peut être proposée par la Mutuelle pour la signature d'une adhésion en face à face, à distance ou en ligne, dans les conditions prévues par l'article L 221-6-7 du Code de la mutualité.

Après avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation, la personne désireuse d'adhérer s'engage à en respecter les dispositions.

La signature électronique assure l'identification du signataire et permet également de garantir l'authenticité et l'intégrité de l'ensemble des informations fournies au membre participant, dont les documents contractuels transmis sur support durable, à l'adresse e-mail ou sur son espace personnel.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-6-5 du Code de la mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion, ou à n'importe quel moment. Il peut demander à ce qu'un support papier soit utilisé, sans frais, pour la poursuite de l'adhésion.

25.2 Coût lié à l'usage d'une technique de communication à distance

Le coût de l'utilisation d'une technique de communication à distance par le membre participant, pour adhérer au règlement mutualiste, est à sa charge exclusive, selon les conditions tarifaires en vigueur, applicables à la technique de communication utilisée.

ARTICLE 26. - RECLAMATION ET MEDIATION

Le membre participant peut adresser une réclamation par écrit à :

MUTUELLE DU REMPART
Service réclamation
1 rue d'Austerlitz
CS 27 261
31072 TOULOUSE cedex 6.

La Mutuelle dispose de dix (10) jours ouvrables pour accuser réception de la réclamation. Cet accusé n'est pas nécessaire si la Mutuelle répond par écrit à la réclamation dans le délai mentionné ci-dessus.

La Mutuelle rend un avis motivé dans un délai maximum de deux (2) mois, à compter de la date de réception de la réclamation.

Le médiateur, peut être saisi deux (2) mois après l'envoi d'une première réclamation écrite quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la réclamation a été formulée :

CMAP
Service Médiation de la consommation
39, avenue F.D. Roosevelt
75008 PARIS

soit via l'adresse mail : consommation@cmap.fr

En tout état de cause, la saisine du Médiateur est sans préjudice sur une éventuelle action ultérieure devant les tribunaux compétents.

ARTICLE 27. - FONDS DE GARANTIE

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie destiné à préserver les droits des membres participants et des bénéficiaires contre la défaillance des mutuelles et unions de mutuelles, relevant du livre II du Code la mutualité, tel que défini aux articles L431-1 et suivants dudit Code.

ARTICLE 28. - AUTORITE DE CONTROLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution dénommée ACPR, située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.