

REGLEMENT MUTUALISTE « TRONC COMMUN » (APPLICABLE A TOUS LES CONTRATS SAUF DISPOSITIONS PARTICULIERES)

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Adoption – modification

Le présent règlement mutualiste est établi en application de l'Article L 114-1 du Code de la mutualité et l'article 5 des statuts de La Solidarité Mutualiste. Il est adopté par l'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'administration.

Conformément à l'article 64 des Statuts de La Solidarité Mutualiste, les adhérents doivent être informés de toute modification apportée au Règlement mutualiste.

Article 2 – Objet

Le règlement mutualiste définit le contenu et la durée des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et La Solidarité Mutualiste en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le présent règlement mutualiste et ses annexes : tableau des prestations-cotisations et les règlements des garanties, constituent un ensemble indivisible. Pour ce qui concerne les droits et obligations découlant d'opérations collectives, le règlement mutualiste est remplacé par un contrat écrit entre La Solidarité Mutualiste et l'entité souscriptrice.

CHAPITRE II : MODALITES D'ADHESION – PRISE D'EFFET – DUREE

Article 3 - Information préalable des futurs adhérents – délai de réflexion

Pour les opérations individuelles prévues à l'article L.221-2 du Code de la mutualité, La Solidarité Mutualiste remet à la personne sollicitant son adhésion un Bulletin d'adhésion. A la signature du bulletin d'adhésion, l'ensemble des documents statuts et règlements lui sont communiqués. L'ensemble des documents (statuts et règlement mutualiste) est à disposition des adhérents sur le site internet de la mutuelle : www.lasolidaritemutualiste.fr.

Article 4 - Membres participants et ayants droit

La Mutuelle recueille l'adhésion individuelle de toute personne à partir de 16 ans, en ayant fait la demande et affiliée à un régime d'Assurance Maladie obligatoire. Cette dernière dispose du libre choix de son option d'adhésion parmi les options figurant dans les règlements des garanties, et acquière, après signature du bulletin d'adhésion, la qualité d'adhérent en tant que membre participant. Un mineur à partir de 16 ans peut adhérer directement sans obligation d'autorisation parentale.

Le membre participant ouvre le droit aux prestations à ses ayants droit.

Peuvent être considérés comme ayants droit d'un membre participant :

- Son conjoint ou concubin, salarié ou non ou toute personne liée par un PACS et relevant d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire.
- Les enfants d'un membre participant, à la charge de celui-ci, dans les conditions définies ci-dessous.

- Les membres de la famille visés à l'article L. 313-3 et L 161-14 du code de la Sécurité Sociale, conformément à la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 et décret n° 93-678 du 27 mars 1993.

Les enfants à charge au sens de l'article L313-3 du code de la Sécurité Sociale sont :

- les enfants de moins de 16 ans,
- les enfants de moins de 18 ans, placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le code du travail, sur production de leur contrat,
- les enfants de moins de 20 ans, ayants droit autonomes d'un assuré social poursuivant leurs études dans l'enseignement supérieur et rattachés au régime étudiant, sur production chaque année d'un justificatif attestant qu'ils poursuivent leurs études,
- les enfants majeurs de moins de 20 ans, ne poursuivant pas leurs études dans l'enseignement supérieur mais ayant opté pour la qualité d'ayant droit autonome, à condition qu'ils adressent, chaque année, une déclaration sur l'honneur précisant qu'ils sont sans revenus et qu'ils s'engagent à prévenir la mutuelle dès qu'un changement intervient dans leurs ressources,
- les enfants majeurs de moins de 20 ans, qui poursuivent leurs études et qui n'ont pas opté pour la qualité d'ayant droit autonome, ou qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique incurable, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié,
- les enfants de plus de 18 ans et de moins de 25 ans en contrat d'apprentissage, sur production chaque année d'un justificatif attestant qu'ils poursuivent leur contrat d'apprentissage
- les enfants de plus de 20 ans et de moins de 25 ans, sans revenus sur production de la photocopie de leur attestation de carte vitale ou de celle d'un de leur parent cotisant, sur laquelle ils figurent, à condition qu'ils adressent, chaque année, une déclaration sur l'honneur précisant qu'ils sont sans revenus et qu'ils s'engagent à prévenir la mutuelle dès qu'un changement intervient dans leurs ressources.
- les enfants de plus de 20 ans et de moins de 25 ans en contrat d'alternance ou de qualification, sur production chaque année d'un justificatif attestant qu'ils poursuivent leur contrat.
- les enfants de plus de 20 ans et de moins de 25 ans qui poursuivent des études supérieures, sur production chaque année d'un justificatif attestant qu'ils poursuivent leurs études.

Article 5 - Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion est matérialisée par la signature du Bulletin d'adhésion, qui emporte acceptation des dispositions statutaires et des règlements de La Solidarité Mutualiste ainsi que les particularismes attachés aux garanties. Elle est valable pour un an minimum et tacitement reconductible d'année civile en année civile.

L'adhésion est recevable accompagnée du règlement des cotisations et des pièces justificatives prévues par le présent règlement.

La prise d'effet est fonction des garanties choisies. A défaut d'être précisée pour chaque garantie, elle prend effet le 1^{er} jour du mois civil à la date de réception du bulletin d'adhésion lorsque celle-ci a lieu dans la première quinzaine du mois.

Dans le cas contraire, elle prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion. Aucune rétroactivité n'est possible.

Pour l'inscription d'un ayant droit, la garantie prend effet le 1er du mois en cours si la demande parvient avant le 15, le 1^{er} du mois suivant si la demande parvient après le 15. Dès l'enregistrement de l'adhésion, une carte d'adhérent est adressée dans un délai de cinq jours ouvrables. Elle est renouvelée, chaque année, pour tous les adhérents à jour de leurs cotisations et remplissant les conditions d'adhésion. Une nouvelle carte d'adhérent est adressée en cas de changement de domicile, d'état civil.

Article 6 - Maintien de l'adhésion

En cas de décès d'un membre participant, le conjoint et les ayants droit, acquièrent, s'ils le souhaitent, la qualité de membre participant, s'ils sont inscrits à la Mutuelle depuis au moins un an, pourvu qu'ils s'acquittent de leurs obligations statutaires.

Article 7 - Prise d'effet de l'inscription d'un Ayant droit

Lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né la garantie prend effet dès le 1er jour du mois de sa naissance dès lors que la demande d'inscription est adressée à la mutuelle dans les trois mois suivant la naissance.

En cas d'adoption, c'est la prise d'effet de l'adoption qui constitue le point de départ de la garantie dès lors que la demande d'inscription est adressée à la mutuelle dans les trois mois suivant l'adoption.

CHAPITRE III : DEMISSION, RADIATION

Article 8 – Démission

La démission, est donnée par lettre recommandée au plus tard le 31 octobre soit deux mois avant la date d'échéance prévue au 31 décembre de chaque exercice, exception faite des membres participants qui sont contraints d'adhérer à une couverture complémentaire santé dans le cadre d'un contrat d'entreprise collectif obligatoire, en fournissant un justificatif.

Pour ces derniers, la démission sera effective le dernier jour du mois qui suit la réception de la lettre avisant la mutuelle de la démission. Aucune rétroactivité n'est possible.

En cas du décès du membre participant, l'ayant droit peut demander sa démission en cours d'année, dans un délai de trois mois, sous réserve qu'il n'ait perçu aucune prestation à titre personnel entre la date du décès et les 3 mois de délais.

Article 9 – Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles l'article 7 des statuts et le règlement mutualiste subordonnent l'adhésion.

- **Résiliation par la mutuelle pour défaut de paiement des cotisations :**

Sont également radiés les membres participants qui, sous réserve des dispositions de l'article 10 du présent règlement, n'ont pas payé leur cotisation.

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la

mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, 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 la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

- **Résiliation dans les termes de l'article :**

L.221-17 du Code de la Mutualité :

Lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile (départ à l'étranger),
- changement de situation matrimoniale,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

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

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

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par courrier en recommandé avec accusé de réception.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à La Solidarité Mutualiste dans les cas de résiliations susmentionnés.

Les conditions d'application du présent article notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés au premier alinéa, est retenue comme point de départ du délai de résiliation, seront définies conformément à la législation en vigueur.

Article 10 - Exclusion :

Conformément à l'article 12 des Statuts, peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est informé par lettre recommandée avec accusé de réception. Il est entendu par le Conseil d'Administration qui peut surseoir à la décision.

Article 11 - Remboursement des cotisations

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées. En tout état de cause les cotisations restent dues tant que la carte de Tiers Payant n'est pas restituée à la Mutuelle permettant la déconnexion « NOEMIE ».

L. 221-17 du code de la mutualité et au présent règlement, ou lorsqu'un membre participant, est contraint d'adhérer à une mutuelle dans le cadre d'un contrat d'entreprise collectif obligatoire et qu'il a réglé ses cotisations au-delà de la date acceptée de sa démission. En cas de décès du membre participant, les cotisations perçues sont éventuellement remboursées à condition que la « carte mutuelle » soit restituée.

Article 12 - Fin de droits

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

Article 13 - Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire

Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (crédit d'impôt) pour les membres participants :

Les demandes d'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire doivent être déposées auprès de la caisse d'assurance maladie dont dépend l'adhérent, qui étudiera le droit.

Les bénéficiaires de cette aide doivent remettre à la Mutuelle « labellisée » une attestation de droit à déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé (article L.863 -3 de Code de la sécurité sociale et arrêté de 23/12/04), qui leur est remise par leur caisse d'assurance maladie. Cette attestation indique le montant annuel de l'aide à laquelle ils ont droit.

La Solidarité Mutualiste transmet les éléments à la Mutuelle « labellisée », ou à l'adhérent avec lequel elle a un accord de distribution à savoir ADREA.

Article 14 - Expiration du droit à la CMUC

L'assemblée générale du 18 juin 2013 a pris la décision de sortir du dispositif de la gestion de la CMU dès le 1er janvier 2014.

CHAPITRE IV : COTISATIONS

Article 15 – Définition

Les cotisations se déclinent selon les garanties en annexes.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées par la mutuelle et aux frais de gestion afférents.

Cette cotisation comprend les versements effectués aux organismes supérieurs (sauf cotisation « premium ») ou auxquels la mutuelle est liée par convention ou contrat collectif, cotisations dont les montants sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes, ainsi que les diverses taxes. Elle comprend également la cotisation qui sera réglée à la Sécurité Sociale pour que les adhérents de la mutuelle puissent bénéficier de « la télétransmission ». Dans ces cotisations est comprise une cotisation forfaitaire par bénéficiaire dénommée « désengagement de la Sécurité Sociale ». Elle peut être réactualisée indépendamment des mesures générales autant que de besoin quand les régimes obligatoires transfèrent leurs charges par diminution de leurs prestations.

Le montant des cotisations est fixé par le Conseil d'administration dans le cadre de la délégation annuelle qui lui est donnée par l'assemblée générale, conformément à l'article 23 des Statuts.

Article 16 - Modalités de modification des cotisations

Les cotisations peuvent évoluer, en cours d'année civile, dans les cas suivants :

- en fonction de l'évolution des dépenses de santé mises à la charge de La Solidarité Mutualiste ;
- en cas de modifications des mesures législatives ou réglementaires venant affecter le remboursement des assurances sociales ;
- pour tenir compte d'un changement de situation familiale, dûment notifié par le membre participant à La Solidarité Mutualiste : dans ce cas, la cotisation est recalculée conformément au barème de cotisation figurant dans les annexes, à la date de validation du changement de situation familiale ou d'option.

Toute modification des montants de cotisations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux adhérents.

Le changement d'option s'opère sous réserve d'un préavis de trois mois. Tout membre participant ayant demandé un changement d'option devra au minimum cotiser un an dans la nouvelle option avant de pouvoir demander un nouveau changement. Il acquittera à compter du 2ème changement 25 € de frais de dossier par bénéficiaire lors de chaque modification.

Article 17 - Défaut de paiement

Conformément à l'article L 221-7 du code de la mutualité à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle résilie le droit aux garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 18 - Frais d'impayés

En cas de cotisations impayées, les frais y afférents sont à la charge de l'adhérent.

CHAPITRE V : PRESTATIONS

Article 19 - Droit aux prestations

Le droit aux prestations est acquis à tout adhérent à jour de ses cotisations.

Les demandes de paiement de prestations, accompagnées des pièces justificatives nécessaires, devront être produites à la Mutuelle, pour remboursement, dans un délai de deux ans sous peine de forclusion, à compter de la date de règlement par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ou à compter de la date de la facture.

Article 20 - Limite de remboursement des prestations

Le montant des remboursements de prestations obtenus auprès de la mutuelle, ne peut permettre, totalisé avec celui du régime d'assurance maladie obligatoire et éventuellement de tout autre organisme complémentaire, d'aboutir à un remboursement supérieur aux frais réels engagés par l'adhérent. La Mutuelle adapte, sauf stipulations contraires, ses prestations aux limites du « contrat responsable » :

- Les remboursements sont minorés de 20% dans le cas où le praticien n'a pas signé de contrats d'accès aux soins.
- Forfait journalier hospitalier à prise en charge illimitée
- Forfait optique : le remboursement est limité à un équipement (montures et verres tous les deux ans). Le montant du forfait dépend de la garantie souscrite.
- Dépassements honoraires (selon option choisie) : prise en charge de la mutuelle limitée à 125% du tarif de la Sécurité Sociale.

En cas de pluralité de couverture, La Solidarité Mutualiste intervient en dernier recours.

Article 21 - Obtention des prestations

Pour les actes faisant l'objet d'un décompte du régime obligatoire d'assurance maladie, la date de référence sera la date de soins mentionnée sur ce décompte. Lorsque c'est la date de prescription qui est prise en compte celle-ci doit être postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Pour les actes qui n'ont pas fait l'objet d'un décompte de l'assurance maladie les prestations ne sont versées que lorsque la date de prescription médicale se situe après la date d'effet de l'adhésion.

Pour les actes qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale, les prestations ne sont versées que si la date de soins ou d'achat se situe après la date d'effet d'adhésion.

- **Cas des bénéficiaires ayant refusé la télétransmission :**

Pour permettre de traiter les demandes de remboursement, le bénéficiaire qui acte son refus de mise en place des télétransmissions s'engage à présenter les décomptes papier originaux émis par son Assurance Maladie obligatoire.

Le paiement des allocations ou forfait se fait sur présentation des justificatifs originaux. Ils ne sont accordés que si l'allocation ou le forfait figure sur la grille des prestations de l'option choisie.

Article 22 - Modalités de remboursement – contrats responsables et solidaires

Les prestations d'assurance maladie complémentaire fournies par la mutuelle, selon les modalités et les conditions prévues par l'article L871-1 du code de la sécurité sociale sont considérées comme entrant dans le cadre du « contrat responsable » et seront remboursées comme suit nonobstant des modifications réglementaires ou législatives auxquelles la Mutuelle adapte ses garanties dans le respect du dit « contrat responsable » (ex : Forfait journalier Hospitalier, remboursements Optiques, Contrat d'accès aux soins.....) :

- La mutuelle prend en charge, dans les conditions fixées par les lois et règlements, les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale et aux prescriptions de celui-ci.
- La mutuelle ne prend pas en charge, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements la majoration de participation mentionnée à l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale et laissée à la charge de l'assuré et de ses ayants droit qui n'ont pas choisi le médecin traitant ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans les hypothèses autres que celles autorisées par la loi, les règlements ou la convention médicale. Cette exclusion de prise en charge ne s'applique pas lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit de 16 ans ou plus.
- La mutuelle ne prend pas en charge, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter, conformément à l'article L 161-36-2 de code de la sécurité sociale.

L'étendue et les limites des prestations varient selon les options offertes choisies par les membres participants.

Sauf stipulation contraire dans les garanties, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire (arrêté à la somme de 1 euro au 1er janvier 2005), ainsi que les franchises médicales (instaurées au 1er janvier 2008), visée à l'article L 322-2-II du code de la Sécurité sociale.

Article 23 - Cessation des droits - Retenue sur prestations à verser

Aucune prestation ne peut être servie après :

- la date d'effet de la démission,
- la décision de radiation ou d'exclusion,
- la date d'effet du retrait d'un bénéficiaire,

Sauf les prestations pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les remboursements de prestations versés indûment, ainsi que les dettes de cotisations, pourront faire l'objet de retenues par La Solidarité Mutualiste sur les prestations à recevoir par l'adhérent.

Article 24 – Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partielle. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnités mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droits leur demeure acquise sous les mêmes réserves que ci-dessus.

CHAPITRE VI : ACTION SOCIALE

Article 25 - Action Sociale

Une action sociale est mise en œuvre par la mutuelle avec pour objet l'attribution, dans le cadre du titre III de l'article L 111-1, d'aides ponctuelles dans les limites du budget alloué annuellement par l'Assemblée Générale et conformément au règlement adopté à cet effet.

Article 26 - Commission d'action Sociale

Une commission d'action sociale est créée par le conseil d'administration, et est chargée d'attribuer des aides exceptionnelles notamment :

- En cas de survenance d'évènements particulièrement lourds et pénibles, de nécessité d'aide matérielle spécifique consécutive à une problématique de santé

L'Assemblée générale définit annuellement le budget alloué pour la gestion de l'aide sociale. Ces aides peuvent être augmentées, diminuées ou supprimées en fonction du budget alloué chaque année par l'assemblée générale et compte tenu des moyens disponibles.

Article 27 - Droit à l'action sociale

Le droit à l'action sociale prend effet immédiatement après l'adhésion pour les membres participants et leurs ayants droit hormis les conditions particulières définies par les règlements des garanties.

Article 28 - Obtention de l'action sociale

L'action sociale peut être attribuée sur demande expresse du mutualiste. Elle est versée, après décision de la commission sur présentation des pièces justificatives afférentes à la demande.

CHAPITRE VII : PRESCRIPTION – EXCLUSION

Article 29 – Prescription

Conformément à l'article L 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des contrats mutualistes sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

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

Article 30 – Exclusions

Sont exclus de la garantie :

- Les frais occasionnés par des accidents sportifs dès lors que ceux-ci sont garantis par une assurance souscrite en même temps que la licence.
- Les frais occasionnés aux occupants d'un véhicule par les accidents de la circulation, dès lors que ceux-ci sont garantis par l'assurance du véhicule.
- Les conséquences de faits de guerre étrangère (déclarée ou non), ou civile, auquel cas l'adhérent doit prouver que les soins résultent d'un fait différent de cette guerre.
- Les conséquences résultant d'actes de terrorisme et sabotage.
- Les conséquences de soins occasionnés par des engins et armes destinés à exploser, par modification, le noyau de l'atome.
- Les conséquences de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense ou assistance avérée à personne en danger.

CHAPITRE VIII : SUBSTITUTION

Article 31 - Substitution :

Dans le cadre de la convention de substitution avec la mutuelle ADREA Mutuelle, immatriculée sous le n° 311 799 878 dont le siège est situé au 25 place de la Madeleine 75008 PARIS, la mutuelle bénéficie de la caution solidaire d'ADREA Mutuelle pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis de ses membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

Dans ce cadre la mutuelle reconnaît à la mutuelle substituante un pouvoir de contrôle sur sa gestion.

A ce titre la mutuelle reconnaît, conformément à la convention de substitution et aux dispositions de l'article L211-5 du code de la mutualité, que toutes les décisions entrant dans le périmètre de contrôle devront avoir obtenu l'autorisation préalable du conseil d'administration d'ADREA Mutuelle avant d'être présentées, pour validation, au vote du conseil d'administration et/ou de l'assemblée générale de La solidarité Mutualiste.

Les garanties seront assurées par ADREA MUTUELLE - N° 311 799 878 au titre de la convention de substitution souscrite auprès d'elle. Cette convention et ses avenants successifs peuvent être consultés par tout adhérent, sur simple demande, au siège de la Mutuelle.

CHAPITRE IX : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 32 - Loi Informatique et Libertés :

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), le membre participant reconnaît avoir été informé par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

1. Les données à caractère personnel du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du membre participant, la gestion des avis du membre participant sur les produits, services ou contenus proposés par la Mutuelle ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;

- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Le membre participant reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant et concernant ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données du membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle ainsi que sa garante, ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données traitées.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur.

2. Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, ainsi que d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement. Les membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment, sur simple demande, par l'un des moyens suivants, en justifiant de son identité et d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi :

- par courrier papier à l'adresse suivante : La Solidarité Mutualiste, 32 rue de Cambrai 75019 PARIS
- par mail à l'adresse suivante : RGPD@LASOLIDARITEMUTUALISTE.

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le membre participant et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Article 33 - Autorité de Contrôle :

Les garanties proposées par La Solidarité Mutualiste sont régies par le code de la mutualité. Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Article 34 –Réclamations et Médiation

Toutes contestations ou réclamations relatives au versement des prestations ou à l'application des dispositions du présent règlement doivent être adressées par écrit à La Solidarité Mutualiste, soit par courrier 32 rue de Cambrai 75 019 PARIS, soit par mail à contact@solidaritemutualiste.fr. Elles feront l'objet d'une réponse circonstanciée.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur de la fédération à laquelle elle est affiliée.

Cette procédure est accessible gratuitement dans le cadre de situations litigieuses non résolues et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations. A cet effet, le membre participant ou son ayant droit peuvent prendre contact avec le Médiateur par courrier ou par mail aux adresses suivantes :

- Monsieur le Médiateur, Antoine CANQUE, 4 avenue de l'Opéra 75001 PARIS.