

BRANCHE 1 ACCIDENTS - BRANCHE 2 MALADIE

ARTICLE 1 - En application des Statuts et de l'Article L.114-1 du Code de la Mutualité, le présent Règlement définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque adhérent et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Titre 1er : ADHÉSION

ARTICLE 2 - Peut être adhérent à la mutuelle toute personne qui fait acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion ou dont la qualité d'adhérent résulte de la signature d'une convention d'adhésion collective à adhésion obligatoire signée entre son employeur et la mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion et/ou de la convention d'adhésion collective emporte acceptation des dispositions des Statuts et du présent Règlement ; et lorsqu'elle existe, de la convention d'adhésion collective.

La qualité d'adhérent, sauf dispositions particulières prévues par la convention d'adhésion collective lorsqu'elle existe, s'acquiert à compter de la date d'effet indiquée sur le bulletin d'adhésion, qui ne peut être antérieure à la date de signature du contrat, et doit faire l'objet d'une acceptation par la mutuelle.

Cette adhésion court jusqu'au 31 décembre de la même année et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

ARTICLE 3 - Peut souscrire un contrat "Complémentaire Santé" et devenir membre participant d'une manière générale tout adhérent qui en fait la demande à condition que les bénéficiaires du contrat tels que définis à l'Article 4 puissent justifier d'une ouverture de droits à un Régime d'Assurance Maladie Obligatoire reconnu par La Mutuelle Verte.

Il s'agit principalement des régimes français suivants :

- Régime général des Salariés (Sécurité Sociale, C.M.S.A.),
- Régime des Travailleurs Non Salariés,
- Régime Alsace Moselle,
- Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

ARTICLE 4 - A la qualité de "bénéficiaire" toute personne qui bénéficie de prestations. Il peut être soit adhérent, soit ayant droit d'un adhérent et à ce titre, inscrit sur son dossier.

Définition des ayants droit :

- Le(a) conjoint(e), ou
- Le(a) concubin(e), ou
- Le contractant d'un pacte civil de solidarité,
- Les enfants à charge.

Sont considérés comme enfants à charge les enfants qui remplissent les conditions prévues par la législation sur les prestations familiales, à l'exception le cas échéant de la condition d'âge.

Sont donc assimilés aux enfants à charge :

- a - les enfants de moins de 21 ans scolarisés,
- b - les enfants de moins de 25 ans lorsque :
 - Ils poursuivent des études supérieures,
 - Ils sont inscrits dans une formation en alternance dont la rémunération est inférieure à 55% du SMIC (contrat d'apprentissage, de qualification, ...),
 - Ils sont à la recherche d'un premier emploi pendant une durée maximum de 1 an et sont inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
- c - les enfants, quel que soit leur âge, qui présentent une inaptitude au travail les mettant hors d'état de se procurer par une activité quelconque une rémunération supérieure au minimum de pension de vieillesse prévu à l'Article L.351.10 du Code de la Sécurité Sociale, augmenté du montant de l'allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse et une incapacité permanente de 80 % au moins.

ARTICLE 5 - Les garanties souscrites doivent être identiques pour tous les bénéficiaires membres de la famille dépendant de la même carte de Sécurité Sociale. Les enfants bénéficient tous d'une garantie identique qui doit obligatoirement être celle de l'un des deux parents.

ARTICLE 6 - Les membres participants paient un droit d'adhésion statutaire dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale.

Titre 2 : COTISATIONS

ARTICLE 7 - Les contrats sont annuels, renouvelables par tacite reconduction par année civile. Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle.

Des facilités de paiement sont accordées et l'adhérent a la possibilité d'échelonner sa cotisation annuelle suivant les périodicités suivantes :

- mensuelle - trimestrielle - semestrielle.

Toutefois, si l'adhérent utilise cette possibilité, des frais d'encaissement seront prélevés sur son compte lors de chaque appel de cotisations.

ARTICLE 8 - La cotisation au titre d'un contrat "Complémentaire Santé" est déterminée en fonction :

- du régime dont dépend le bénéficiaire pour la part obligatoire (C.P.A.M., M.S.A, Caisse de TNS...),
- de la garantie choisie,
- de la zone géographique où se situe le domicile principal de l'adhérent (mentionné sur sa carte de Régime Obligatoire),
- soit de l'âge à la souscription du contrat, soit de l'âge réel du bénéficiaire.
- La catégorie tarifaire des contrats "Âge à la souscription", est fonction de l'âge à l'adhésion, calculé par différence de millésime. Elle est valable pour toute la durée du contrat sauf changement de garantie ou de mode de tarification à l'initiative de l'adhérent.
- La modification tarifaire du fait de l'âge du bénéficiaire, pour les contrats "Âge réel" intervient le premier jour de chaque année civile, l'âge étant calculé par différence de millésime.

ARTICLE 9 - Chaque bénéficiaire paie une cotisation déterminée individuellement selon les critères définis dans l'Article 8 du présent Règlement. Les enfants à charge bénéficient d'un tarif spécifique. Les cotisations sont offertes pour le troisième enfant et les suivants.

En cas de réclamation sur le montant des cotisations ainsi déterminées, le délai de prescription de deux ans prévu par l'article 37 du présent règlement est applicable.

ARTICLE 10 - La cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou Caisse d'Épargne.

ARTICLE 11 - En cas de retard dans le paiement de cotisations, une pénalité de 1 % par mois sera appliquée. De plus, les frais de rejet et de recouvrement éventuels seront refacturés à l'adhérent.

ARTICLE 12 - Pour ce qui concerne les adhésions collectives, les modalités d'application et de répartition des cotisations peuvent faire l'objet de dispositions particulières déterminées par la Convention d'Adhésion Collective.

Titre 3 : VERSEMENT DES PRESTATIONS

Dans le Titre 3 du présent Règlement Mutualiste, nous désignerons :

- L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE PAR L'ABRÉVIATION A.M.O.
- L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE PAR L'ABRÉVIATION A.M.C.

ARTICLE 13 - REMBOURSEMENTS ET PRINCIPE DE RÉCEPTION DES DÉCOMPTES DE SOINS

Les prestations prévues au titre des contrats Complémentaire Santé ont pour objet de compléter les prestations en nature (frais médicaux et chirurgicaux) versées par les caisses d'A.M.O. au titre des dépenses relevant de la branche Assurance Maladie Maternité. Ainsi, sauf disposition contraire expressément prévue au titre de la garantie souscrite, seules peuvent faire l'objet d'un remboursement au titre d'un contrat Complémentaire Santé, les dépenses faisant l'objet d'une prise en

charge par l'A.M.O..

Sauf cas particuliers, les relevés de prestations émis par l'A.M.O. nous parviennent par télétransmission via la norme NOEMIE.

Toutefois, un adhérent, ou un de ses bénéficiaires, a la possibilité de renoncer au service des télétransmissions de ses décomptes.

Pour cela une demande écrite doit être adressée à La Mutuelle Verte et le bénéficiaire concerné devra fournir une attestation sur l'honneur précisant s'il est ou non déjà inscrit auprès d'un autre A.M.C..

Dans tous les cas, lorsque le décompte de l'A.M.O. n'a pas fait l'objet d'une télétransmission, l'original du décompte papier émis par l'A.M.O. (ou par l'A.M.C. de 1er rang) devra être présenté pour obtenir le remboursement complémentaire afférent.

ARTICLE 14 - COTATION ET TIERS PAYANT

Tout adhérent ou bénéficiaire, qui souhaite bénéficier de la dispense d'avance des frais (procédure de tiers payant) doit justifier de sa situation en présentant sa carte d'adhérent mutualiste à jour au Professionnel de Santé. Dès lors, il autorise ce dernier à nous transmettre directement des informations le concernant et il consent à ce que ses données personnelles soient échangées. Par ailleurs, il autorise La Mutuelle Verte à verser directement au Professionnel de Santé le montant du remboursement contractuellement prévu par sa garantie.

De même, dans le but d'obtenir une demande d'information sur un niveau de prise en charge ou un remboursement (cotation), l'adhérent pourra être amené à transmettre des données personnelles à La Mutuelle Verte. Les informations ainsi recueillies sont traitées conformément au Titre 7 "Protection des données à caractère personnel".

ARTICLE 15 - PRÉCISIONS CONCERNANT LES PERSONNES NE BÉNÉFICIAIRE PAS DES TÉLÉTRANSMISSIONS :

ARTICLE 15.1 - CAS DE PLURALITÉ D'ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Si un adhérent principal et/ou un ou plusieurs ayants-droit de son contrat bénéficient d'une autre couverture Complémentaire Santé, les contraintes techniques actuelles relatives aux échanges de flux entre les A.M.O. et les A.M.C. imposent que l'assuré fasse le choix de l'A.M.C. qui sera connecté à la caisse de Sécurité Sociale. Celui-ci recevra les décomptes par télétransmission et deviendra par ce choix l'organisme de référence (désigné A.M.C. de 1er rang) notamment pour la procédure de tiers payant auprès des professionnels de santé.

Si l'A.M.O. n'effectue pas la télétransmission, le choix d'un A.M.C. de 1er et de 2ème rang s'impose aussi, notamment pour désigner l'A.M.C. référent pour la procédure de tiers payant et liquider les relevés originaux émis par l'A.M.O..

Ainsi, si l'assuré désigne un autre A.M.C. en qualité de mutuelle de 1er rang, le bénéficiaire concerné ne sera pas inscrit sur la carte de tiers payant. Dans ce cas, La Mutuelle Verte complètera s'il y a lieu, les remboursements émis par l'A.M.O. et par l'A.M.C. de 1er rang dans la limite de la garantie souscrite et dans le respect des limites réglementaires (voir article 16).

L'original du décompte papier émis par l'A.M.C. de 1er rang devra être présenté pour obtenir le remboursement supplémentaire afférent au présent contrat en qualité de mutuelle de 2ème rang.

ARTICLE 15.2 - CAS DES BÉNÉFICIAIRES AYANT REFUSÉ LA TÉLÉTRANSMISSION DE SES RELEVÉS DE PRESTATIONS

Pour permettre à La Mutuelle Verte de traiter les demandes de remboursement en qualité d'A.M.C. de 1er rang tout en s'assurant du respect de l'Article 9 de la Loi 89-1009 du 31/12/1989, le bénéficiaire qui acte son refus de mise en place des télétransmissions s'engage à présenter les décomptes papier originaux émis par son A.M.O.. Étant précisé qu'aucun décompte imprimé via internet, photocopié, faxé ou scanné, ne pourra faire l'objet d'un traitement par La Mutuelle Verte (les conditions générales détaillées d'utilisation d'un compte ameli.fr prévoyant expressément l'envoi d'un relevé papier par la poste si les télétransmissions n'étaient pas établies).

ARTICLE 16 - LIMITES RÉGLEMENTAIRES

Les prestations sont servies conformément au niveau de garantie souscrit à l'adhésion et sauf information contraire, dans le respect des règles du contrat responsable. Ainsi, la couverture totale obtenue (A.M.O. + A.M.C. 1er rang + A.M.C. 2ème rang) ne pourra aller au-delà des plafonds maximum prévus par le décret n° 2014-1374 relatif aux contrats responsables.

Par ailleurs, conformément à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application relatifs aux "contrats responsables",

ne peuvent donner lieu à remboursement la participation forfaitaire par acte médical, les franchises médicales mentionnées aux II et III de l'Article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale et la participation ou la majoration prévue pour le non-respect du protocole de soins mentionné aux Articles L162-5-3 et L162-5, 18° du Code de la Sécurité Sociale (choix et prescription d'un médecin traitant). En respect du parcours de soins coordonné, aucune prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'est prévue lorsque les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant ou ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par le législateur et la convention médicale.

De plus, conformément à l'Article 9 de la Loi 89-1009 du 31/12/1989, en aucun cas les prestations servies en application de la garantie souscrite ne pourront, en s'ajoutant à celles de même nature qui seraient servies par une caisse d'Assurance Maladie ou tout autre organisme, permettre à l'intéressé de recevoir des sommes supérieures à la dépense réellement engagée et dûment justifiée.

Ainsi, il est précisé que les prestations servies au titre des contrats Complémentaire Santé, même lorsqu'elles sont exprimées sous forme d'un forfait ou d'une prime, n'ont pas un caractère d'indemnité et leur versement est limité au montant de la dépense restant à la charge de l'assuré.

ARTICLE 17 - DROITS AUX PRESTATIONS

Seuls peuvent donner lieu à prise en charge au titre de la garantie souscrite, les soins pour lesquels la date retenue pour l'examen du droit aux prestations est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion, après que les délais de stage définis à l'adhésion aient pris fin, et antérieure à la date de radiation. En tant qu'organisme complémentaire aux régimes d'A.M.O., la date retenue pour l'examen du droit à prestations correspond à la date de l'acte médical portée sur le décompte de l'A.M.O.. Dans le cas où sur ce dernier serait reportée une période, seuls seront pris en considération les soins dont les dates d'exécution respectent le 1er paragraphe. L'Annexe Technique évoquée à l'article 25 du présent Règlement Mutualiste précise les conditions d'ouverture des droits selon le type de soins.

En cas de radiation exceptionnelle en cours d'année civile, le remboursement des prestations fixées par forfait annuel sera recalculé au prorata de la durée d'adhésion par rapport à l'année civile.

ARTICLE 18 - Si des prestations étaient indûment versées pour le compte d'un adhérent ou d'un de ses bénéficiaires, l'adhérent s'engage à procéder à leur remboursement. A défaut, La Mutuelle Verte pourra en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit, les frais de ce type de procédure étant à la charge de l'adhérent.

ARTICLE 19 - SOINS À L'ÉTRANGER

Dans le cadre de soins effectués à l'étranger, à défaut de précision dans la garantie, celle-ci s'applique de plein droit dès lors que les soins sont pris en charge par un régime d'AMO, qu'il s'agisse du régime du pays d'accueil ou de celui dont dépend habituellement l'adhérent.

Toutefois, et dans ces 2 cas, notre remboursement ne pourra excéder le complément qui incomberait à La Mutuelle Verte au titre des mêmes soins s'ils avaient été réalisés et facturés dans le pays d'origine et remboursés par l'A.M.O. dont dépend le bénéficiaire. Pour les personnes inscrites à la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) et ayant souscrit un contrat collectif mis en place spécifiquement au travers d'une association d'expatriés et/ou de détachés portant sur une zone géographique du monde précisément déterminée par ledit contrat, seront considérés comme pays d'origine la France et le pays de résidence.

Par ailleurs, aucun remboursement n'est prévu pour une hospitalisation ou des soins dispensés à l'étranger du propre choix d'un bénéficiaire si ces soins ne font pas l'objet d'une prise en charge par une caisse de Sécurité Sociale.

ARTICLE 20 - FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (FJH) ET PRISE EN CHARGE DE LA CHAMBRE PARTICULIÈRE

Le versement du Forfait Journalier Hospitalier (FJH) et la prise en charge de la chambre particulière s'entendent dans le cadre d'une hospitalisation avec hébergement, au sein d'un établissement de santé défini par le Code de la santé publique (Art. L6111-1 et Art. L6111-1°) dispensant des activités de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie), de Psychiatrie et de Soins de Suite ou de Réadaptation (Centres et unités de rééducation fonctionnelle, Convalescence, Maison de Repos, Cures Médicales, Maisons de Régime, Etablissement de Lutte contre la Tuberculose). Ces prestations ne peuvent être remboursées au titre de l'hébergement dans une unité

ou un centre de long séjour, ou encore dans un établissement social ou médico-social.

Lorsque l'établissement de santé propose différents niveaux de confort pour la chambre particulière, quel que soit le montant du remboursement prévu par la garantie souscrite, le remboursement de La Mutuelle Verte sera limité au tarif de la chambre particulière de base.

ARTICLE 21 - DÉLAIS DE STAGE

Un délai de stage variable de 3 à 10 mois selon les actes est demandé à tout nouveau bénéficiaire.

- Honoraires médicaux, pharmacie, soins dentaires (hors prothèses) : 3 mois
- Transport et hospitalisation : 3 mois
- Verres, montures, lentilles, forfait/prime optique, implants, orthodontie, prothèses, appareillage, cure thermique, primes et indemnités : 6 mois
- Maternité : 10 mois

Toutefois, ce délai ne s'applique pas :

- lorsque l'adhésion résulte de la signature d'une convention d'adhésion collective, pour toute personne constituant le groupe ou le rejoignant dans un délai de 3 mois,
- pour tout nouveau salarié entrant dans une collectivité déjà adhérente, s'il adhère à La Mutuelle Verte dans les 3 premiers mois de son activité,
- pour le conjoint sur présentation d'un certificat de mariage si le mariage remonte à moins de 3 mois,
- pour les enfants si leur inscription intervient dans les 3 premiers mois suivant leur naissance ou leur adoption,
- pour toute personne pouvant justifier par la production de certificat(s) de radiation d'avoir sans interruption bénéficié, durant les 12 mois précédant l'adhésion à La Mutuelle Verte, d'une couverture complémentaire santé.

Par ailleurs, afin de respecter la législation en vigueur, aucun délai de stage ne s'applique sur la part des remboursements correspondant au panier de soins minimum réglementairement défini dans le cadre du contrat souscrit.

ARTICLE 22 - REMBOURSEMENT DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Selon la garantie choisie et si celle-ci prévoit pour une prestation déterminée, de ne rembourser que tout ou partie du ticket modérateur, il ne sera pas fait de remboursement lorsque le bénéficiaire du soin en est exonéré. Ainsi, les dépassements d'honoraires ou suppléments de frais ne seront remboursés que s'ils sont prévus au titre du contrat, pour la prestation concernée.

Dans ce cas, et dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1374 réglementant les contrats responsables, leur prise en charge est différenciée selon que le médecin adhère ou non aux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM, OPTAM-CO).

ARTICLE 23 - DÉLAIS DE PRESCRIPTION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires devront sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le même délai de forclusion sera appliqué aux primes et indemnités à compter de l'événement.

De même, pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées devra nous parvenir dans un délai de 2 ans à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

ARTICLE 24 - Pour recevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

ARTICLE 25 - ANNEXE TECHNIQUE

Il est précisé qu'une annexe technique développe, en fonction du type de prestations, les conditions et modalités de remboursement. Elle est mise à disposition des adhérents et peut être communiquée à tout moment sur simple demande auprès de nos services.

Titre 4 : MODIFICATION DES GARANTIES

ARTICLE 26 - Les contrats étant annuels, les changements de garanties ne prennent effet qu'au premier janvier de l'année qui suit celle de la demande de modification.

ARTICLE 27 - En cas de changement de garantie ou de mode de calcul des cotisations, c'est l'âge du bénéficiaire à la date de sa demande qui détermine le montant de la cotisation, sauf pour une diminution des garanties sans modification du mode de calcul des cotisations.

ARTICLE 28 - Dans le cas d'une augmentation de garantie, un délai de stage tel que défini à l'Article 21 est appliqué sur les garanties supplémentaires.

Titre 5 : RÉSILIATION

ARTICLE 29 - La démission à l'initiative de l'adhérent est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception avec un préavis obligatoire de 2 mois avant la fin de l'année civile.

ARTICLE 30 - La radiation à l'initiative de la mutuelle pour non-paiement des cotisations peut intervenir dans les conditions suivantes :

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue 30 jours après une 1ère mise en demeure à l'initiative de la mutuelle. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration d'un délai de 15 jours supplémentaires, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation définitive des garanties. La radiation doit être notifiée par lettre recommandée à l'initiative de la mutuelle.

Dans cette hypothèse, l'adhésion étant annuelle, la radiation est prononcée en date d'effet du 31 décembre de l'année civile en cours et les échéances à courir jusqu'à cette date deviennent alors immédiatement exigibles.

ARTICLE 31 - A l'initiative de la mutuelle, peuvent être exclus :

- Les membres qui auront de mauvaise foi fait des déclarations inexacts ou auront omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées, conformément aux prévisions de l'Article L.221-15 du Code de la Mutualité.
- Les membres qui auraient causé aux intérêts de La Mutuelle Verte un préjudice volontaire et dûment constaté.

ARTICLE 32 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT

32-1 : Quelle que soit la cause de résiliation du contrat, les cotisations restent dues pour l'année civile entière.

32-2 : De ce fait, la démission, la radiation et l'exclusion ne peuvent donner droit au remboursement des cotisations versées au titre de l'année en cours.

32-3 : Toutefois, en cas de décès, les cotisations ne seront pas exigibles au-delà du trimestre au cours duquel le décès de l'adhérent est intervenu.

Dans l'hypothèse d'un paiement par avance, les héritiers pourront demander le remboursement d'une partie des cotisations, en nous communiquant les coordonnées du notaire chargé de la succession ou à défaut de notaire désigné, sur présentation d'un certificat d'hérédité avec mention "porte fort", mais le trimestre au cours duquel le décès de l'adhérent est intervenu reste acquis à La Mutuelle Verte.

Dans l'éventualité d'un rejet de virement de prestations lié à la clôture du compte bancaire du défunt, les régularisations seront effectuées auprès du notaire chargé de la succession ou à défaut de notaire désigné, sur le compte d'une personne physique pouvant produire un certificat d'hérédité avec mention "porte fort".

32-4 : Pour les opérations individuelles, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion et lorsque la situation nouvelle ne permet plus le versement de prestations au titre des garanties souscrites, il pourra être mis fin à l'adhésion par chacune des parties dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

Dans cette hypothèse, la résiliation prend effet au dernier jour du mois de la date de sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée des documents justifiant du changement de situation. Le cas échéant, la mutuelle remboursera l'adhérent pour la partie de la 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.

Titre 6 : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 33 - La Mutuelle Verte 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 partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que La Mutuelle Verte a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité 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 physique esthétique ou d'agrément, à moins que la prestation versée par La Mutuelle Verte n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve. Elle est également subrogée de plein droit au membre participant pour la récupération des avances consenties pour les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

ARTICLE 34 - Chaque adhérent recevra avec son bulletin d'adhésion le présent Règlement auquel il sera tenu de se conformer au même titre qu'aux Statuts.

ARTICLE 35 - FACULTÉ DE RENONCIATION

En cas d'adhésion à un contrat individuel ou à un contrat collectif à adhésion facultative réalisée dans le cadre d'un démarchage (domicile, lieu de travail) ou dans le cadre d'une vente à distance (ex : internet), l'adhérent a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle ci-dessous et doit impérativement joindre sa carte de tiers payant en cours de validité :

Je, soussigné(e) ... (nom, prénom), demeurant ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) à La Mutuelle Verte.

Fait le, ... signature

Dans l'hypothèse où, dans le délai de 14 jours visé ci-dessus, l'adhérent a demandé à la mutuelle le versement de prestations ou a utilisé sa carte de tiers payant chez un professionnel de santé, il ne peut plus exercer son droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion.

La mutuelle rembourse le solde à l'adhérent, au plus tard dans les 30 jours suivant la date de fin d'adhésion.

ARTICLE 36 - Dans le cadre de la délégation prévue par l'Assemblée Générale (Article 31 des Statuts) le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement Mutualiste des modifications qui s'appliqueront immédiatement.

ARTICLE 37 - Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement, et notamment toutes réclamations relatives aux prestations ou aux cotisations, sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance. De même en cas de réalisation du risque, ce délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

ARTICLE 38 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas d'insatisfaction, l'adhérent peut contacter le service concerné de La Mutuelle Verte qui répondra par écrit et fournira un complément d'informations.

Si la réponse apportée ne lui convient pas, l'adhérent peut adresser un courrier, de préférence en recommandé avec avis de réception, au Service Qualité et Satisfaction de la Clientèle, 78 Cours Lafayette - CS 60521, 83 041 TOULON CEDEX 9.

Si malgré tout le soin apporté au traitement de la réclamation, l'adhérent reste insatisfait, il a la possibilité de saisir gratuitement le médiateur de la Mutualité Française (site internet : www.mutualite.fr) :

- Par courrier, à l'attention de Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 Rue de Vaugirard,

75 719 PARIS CEDEX 15

- Par mail à mediation@mutualite.fr

Titre 7 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

ARTICLE 39 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations collectées en tant que bénéficiaire, dans le cadre d'un contrat "complémentaire santé", font l'objet de traitements automatisés ayant pour finalité la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat et de vos garanties, la gestion de nos relations commerciales et contractuelles, la gestion du risque de fraude et la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme et enfin, l'exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les informations recueillies sont à destination exclusive de La Mutuelle Verte et de ses partenaires (assureurs, prestataires...) dans le strict cadre des finalités énoncées, conformément à son objet, et dans le respect du secret professionnel.

Les informations sont conservées pendant les délais légaux de prescription applicables aux actions dérivant de chaque donnée ou document concerné dans la limite de 5 ans à compter de la cessation de la relation commerciale.

En l'absence de conclusion d'un contrat ou dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pendant un délai de 3 ans à compter du dernier contact.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, tout bénéficiaire dispose des droits suivants sur ses données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Tout bénéficiaire peut, pour des motifs tenant à sa situation particulière, s'opposer au traitement de ses données.

Tout bénéficiaire peut également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès.

Pour exercer ses droits, il suffit d'adresser une demande, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données de La Mutuelle Verte, 78 Cours Lafayette - CS 60521, 83041 Toulon Cedex 9, en justifiant de son identité.

En cas de manquement aux dispositions ci-dessus, il est possible d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

II - GARANTIES *

III - TARIFS *

* Communiqués avec le certificat d'adhésion

BRANCHE 20 VIE - DÉCÈS

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Titre 1 : ADHÉSION

ARTICLE D1 - Adhérent à la garantie "INDEMNITES OBSEQUES" tous les adhérents ayant souscrit auprès de La Mutuelle Verte une garantie en Branche 1 et 2 (Accidents - Maladie) qui prévoit au titre des prestations le versement d'une indemnité obsèques pour les montants mentionnés au Chapitre II.

ARTICLE D2 - La garantie Obsèques est indissociable des garanties proposées en Branche 1 et 2 (Accidents - Maladie).

Titre 2 : COTISATIONS

ARTICLE D3 - Les cotisations afférentes aux indemnités obsèques suivent les règles appliquées aux branches Accidents - Maladie telles que définies aux articles 7 à 12 du règlement mutualiste "Branche 1 et 2".

Titre 3 : VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE D4 - En respect de l'article L 223-5 du Code de la Mutualité, seules les personnes de 12 ans et plus, ayant la qualité de bénéficiaire au titre d'un contrat "Accidents - Maladie" (article 4 du Règlement Mutualiste), peuvent être assurées au titre de cette prestation.

Les indemnités Obsèques ne sont plus versées lorsque le décès de l'assuré a lieu au-delà du dernier jour de l'année civile de son 65ème anniversaire.

Cette prestation indemnitaire a pour objet de constituer une participation aux frais d'obsèques engagés suite au décès d'une personne garantie. Le remboursement est effectué dans la limite :

- des frais funéraires engagés,
- du montant précisé au Chapitre II.

Elle est versée en priorité par la procédure de tiers payant à l'entreprise de pompes funèbres chargée de la prestation funéraire. Elle peut aussi être versée soit à une personne physique soit au notaire chargé de la succession, dans la mesure où la justification d'avoir supporté les frais funéraires est apportée.

ARTICLE D5 - Un délai de stage de 6 mois est demandé à tout nouvel assuré.

Toutefois, ce délai ne s'applique pas :

- lorsque l'adhésion résulte de la signature d'une convention d'adhésion collective, pour toute personne constituant le groupe ou le rejoignant dans un délai de 3 mois,
- pour tout nouveau salarié entrant dans une collectivité déjà adhérente, s'il adhère à La Mutuelle Verte dans les 3 premiers mois de son activité,
- pour le conjoint sur présentation d'un certificat de mariage si le mariage remonte à moins de 3 mois,
- pour toute personne pouvant justifier par la production de certificat(s) de radiation d'avoir sans interruption bénéficié, durant les 12 mois précédents l'adhésion à La Mutuelle Verte, d'une couverture complémentaire santé.

ARTICLE D6 - Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans à compter de l'événement.

ARTICLE D7 - Les pièces à fournir sont les suivantes :

- 1 - Versement de l'indemnité obsèques à une entreprise de pompes funèbres :
 - l'acte de décès,
 - La facture des dépenses funéraires. Celle-ci devra clairement préciser le nom du défunt.
 - Le RIB de l'entreprise de pompes funèbres.
- 2 - Versement de l'indemnité obsèques au notaire chargé de la succession :
 - l'acte de décès,
 - La facture originale des dépenses funéraires dûment acquittée. Celle-ci devra clairement préciser le nom du défunt,
 - le RIB de l'étude notariale.
- 3 - Versement de l'indemnité obsèques à la personne physique ayant réglé les dépenses funéraires :
 - La photocopie recto/verso de sa carte d'identité en cours de validité et ses coordonnées bancaires (RIB).(Si cette personne est déjà enregistrée auprès de nos services sur le même contrat que le défunt, ces pièces ne seront pas demandées, le versement se fera sur le compte bancaire inscrit sur le contrat),
 - l'acte de décès,

- La facture originale des dépenses funéraires dûment acquittée. Celle-ci devra clairement préciser le nom du défunt et les coordonnées de la personne ayant réglé les dépenses.

ARTICLE D8 - Les indemnités obsèques ne pourront être versées que si le compte de l'adhérent est à jour.

ARTICLE D9 - Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées devra nous parvenir dans un délai de 2 ans à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

Titre 4 : MODIFICATION DES GARANTIES

ARTICLE D10 - Les indemnités obsèques étant indissociables des garanties Accidents-Maladie, tout changement de garantie Accidents-Maladie entraîne ipso facto le changement des indemnités obsèques correspondant à la nouvelle garantie Accidents-Maladie choisie.

Cette prestation est temporaire et indemnitaire. L'Assemblée Générale de La Mutuelle Verte décide chaque année de sa suppression ou de son maintien et se prononce sur son montant.

Titre 5 : RENONCIATION - RÉSILIATION

ARTICLE D11 - Lorsque la garantie proposée par La Mutuelle Verte en Branche 1 et 2 (Accidents-maladie) prévoit une indemnité obsèques, le délai de renonciation est de 30 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle ci-dessous :

Je, soussigné(e) ... (nom, prénom), demeurant ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) à La Mutuelle Verte.

Fait le, ... signature

Dans l'hypothèse où, dans le délai de 30 jours visé ci-dessus, l'adhérent a demandé à la mutuelle, au titre de la garantie santé associée, le versement de prestations ou a utilisé sa carte de tiers payant chez un professionnel de santé, il ne peut plus exercer son droit à renonciation sauf à rembourser la mutuelle des montants perçus dans un délai de 30 jours.

ARTICLE D12 - Les indemnités obsèques étant indissociables des garanties Accidents-Maladie, en conséquence la démission ou la radiation à l'initiative de l'une ou l'autre des parties ne peut se faire que dans le cas de résiliation de la garantie Accidents-Maladie à laquelle ces indemnités sont rattachées.

Titre 6 : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE D13 - Chaque adhérent recevra avec son bulletin d'adhésion le présent règlement auquel il sera tenu de se conformer au même titre qu'aux Statuts.

ARTICLE D14 - Dans le cadre de la délégation prévue par l'Assemblée Générale (Article 31 des Statuts) le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement Mutualiste des modifications qui s'appliqueront immédiatement.

II – GARANTIES *

III – TARIFS *

* Communiqués avec le certificat d'adhésion