

RÈGLEMENT MUTUALISTE

OFFRE INDIVIDUELLE « SMI SANTÉ + »

GARANTIES INDIVIDUELLES SOUMISES AUX DISPOSITIONS DU PRÉSENT RÈGLEMENT MUTUALISTE

SMI SANTÉ + et HOSPI 400

CHAPITRE 1

Dispositions Générales

Article 1^{er}

Objet du Règlement Mutualiste

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité et des statuts de la mutuelle, il est établi le présent règlement mutualiste surcomplémentaire. Celui-ci a pour objet de définir les engagements contractuels existant entre la mutuelle SMI et ses membres participants ou honoraires, en ce qui concerne les cotisations et les prestations auxquelles ces derniers peuvent prétendre dans le cadre d'une couverture surcomplémentaire santé, venant compléter le régime d'assurance maladie obligatoire et la couverture complémentaire santé obligatoire « socle » dite Régime de Base Santé dont ils bénéficient au sein de leur entreprise ou à titre individuel, dans la limite des frais réels.

Ce règlement s'impose à tous les membres participants, ayants droit, bénéficiaires et membres honoraires adhérant à titre individuel au même titre que les statuts de la mutuelle SMI.

Les garanties surcomplémentaires offertes dans le cadre du présent règlement n'entrent pas dans le champ d'application du « contrat responsable ».

En cas de besoin, les garanties et niveaux de remboursement du règlement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant cette catégorie de garanties.

Le règlement ne peut être souscrit que par des personnes affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale français, et bénéficiaires de garanties complémentaires en matière de frais de santé ci-après dénommé « contrat socle ».

Article 2

Adoption et modifications du règlement mutualiste

Le présent règlement mutualiste et ses modifications sont adoptés par l'Assemblée Générale de la mutuelle SMI sur proposition du Conseil d'Administration. Toutefois, le Conseil d'Administration peut, sur délégation de l'Assemblée Générale, décider de modifier le montant des cotisations et/ou des prestations.

Article 3

Acceptation du règlement mutualiste

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation sans réserve des dispositions des statuts de SMI et du règlement mutualiste.

Les garanties surcomplémentaires, prestations et cotisations définies dans le présent document ont été déterminées en fonction de la réglementation applicable au moment de l'adoption du présent règlement.

Toute modification réglementaire, conventionnelle et/ou législative susceptible de remettre en cause l'expression, la nature ou l'équilibre des garanties surcomplémentaires et tarifs donnera lieu aux aménagements nécessaires. Lesdits aménagements seront préparés par le Conseil d'Administration aux fins de les soumettre à la validation de l'Assemblée Générale la plus proche. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties surcomplémentaires resteront acquises sur la base du présent règlement.

CHAPITRE II

Adhésion

Article 4

Conditions d'adhésion des membres participants

Peuvent adhérer à la mutuelle à titre individuel, les personnes âgées de moins de 76 ans lors de la demande d'adhésion souhai-

tant opter pour l'une des formules surcomplémentaires régies par le présent règlement. Ces garanties complètent nécessairement les garanties d'un « contrat socle » auquel ont adhéré les membres participants.

A sa demande expresse, un mineur de plus de 16 ans peut devenir membre participant sans l'intervention de son représentant légal.

Article 5

Ayants droit

Les membres participants précisent les ayants droit, tels que définis à l'article 7 des statuts de la mutuelle SMI, qu'ils souhaitent faire bénéficier, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, des garanties surcomplémentaires et prestations souscrites. Les ayants droit doivent être garantis au titre du « contrat socle » en propre ou en qualité d'ayant-droit du membre participant qu'elles complètent.

En complément des dispositions de l'article 7 des statuts, justifient de la qualité ayants droit :

- Les enfants à charge âgés de 18 ans à 26 ans ne peuvent être couverts par le membre participant que s'ils produisent un certificat de scolarité justifiant leur statut d'étudiant. Ce certificat est à fournir avant le 31 octobre de chaque année. En cas d'absence de certificat à cette date, la couverture des droits est supprimée le 31 décembre de l'année et l'enfant est radié, à cette date, du dossier du membre participant.
- Les enfants justifiant d'une situation de handicap au sens de l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, peuvent rester couverts par le membre participant
- Le nouveau-né est garanti à la date de sa naissance si la demande d'affiliation le concernant en qualité d'ayant droit est faite à la mutuelle SMI dans les trois mois qui suivent la naissance (sous réserve que les droits aux prestations du membre participant soient ouverts)
- Le conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale du membre participant ou relevant à titre personnel d'un régime de Sécurité sociale ; à défaut, son partenaire lié par un PACS ou son concubin
 - Est considérée comme partenaire de PACS la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code Civil
 - Est considérée comme concubin la personne vivant en couple avec le membre participant dans le cadre d'une union de fait, s'il peut être prouvé la vie commune sous la forme d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF...) et à condition qu'ils ne soient ni l'un, ni l'autre, par ailleurs, mariés ou pacésés

La présentation régulière des pièces justificatives nécessaires à la reconnaissance de la qualité d'ayant droit, conditionne l'ouverture et le maintien des garanties.

Article 6

Formalités d'adhésion

L'engagement réciproque du membre participant et de la mutuelle SMI résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion par le futur membre participant et de son acceptation par la mutuelle SMI.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts et du présent règlement mutualiste.

Ce bulletin d'adhésion doit obligatoirement être accompagné, soit du versement de la première cotisation, soit d'un mandat de prélèvement bancaire dûment rempli et signé.

L'acceptation de la demande d'adhésion par la mutuelle SMI est matérialisée par la délivrance d'un certificat d'adhésion.

Le certificat d'adhésion précise notamment :

- L'identité du membre participant ainsi que, le cas échéant, de ses ayants droits assurés
- Le niveau souscrit
- La date de prise d'effet de l'adhésion et des garanties

Le membre participant peut ajouter des ayants droit, sous réserve d'en formuler la demande auprès de la mutuelle SMI en adressant un nouveau bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives requises.

Article 7

Convention sur la preuve

Dans le cadre des adhésions à distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par la mutuelle SMI ou tout mandataire de son choix matérialisant l'acceptation de l'adhésion du membre participant lui seront opposables ainsi qu'à ses ayants droit, et pourront être admis comme mode de preuve de son identité (ou celle des ayants droit) et de son consentement relatif à l'adhésion au présent règlement mutualiste, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

Article 8

Date d'effet de l'adhésion et date d'ouverture des droits

L'adhésion prend effet pour le membre participant et ses ayants droit à la date demandée et au plus tôt le premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion.

La date d'ouverture des droits aux remboursements est déterminée par la date d'effet de l'adhésion.

Article 9

Droit de renonciation

Dans le cadre d'une adhésion à distance, le membre participant a la faculté de résilier son adhésion dans un délai de 14 jours, suivant la date de réception du certificat d'adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle SMI, 2 rue de Laborde, 75374 Paris Cedex 08. Les sommes déjà versées par lui seront remboursées par la mutuelle SMI dans un délai de 30 jours suivant la réception de la lettre recommandée adressée. Si dans l'intervalle, le membre participant a bénéficié des prestations garanties par le présent règlement, il devra rembourser à la mutuelle SMI les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Article 10

Résiliation de l'adhésion

Le membre participant a la faculté de résilier l'adhésion à chaque échéance annuelle en adressant à la mutuelle SMI une lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date d'échéance.

La délivrance d'un certificat de résiliation est conditionnée par la restitution de la carte mutualiste.

La mutuelle SMI peut résilier l'adhésion du membre participant ayant fourni de fausses déclarations. Elle se réserve également le droit de résilier l'adhésion de tout membre participant n'ayant pas payé ses cotisations, selon les dispositions de l'article 17 du présent règlement.

Article 11

Choix des garanties et changement de garanties

Le membre participant choisit la formule de garanties surcomplémentaires pour laquelle il opte, pour lui-même et ses ayants droit, sur le bulletin d'adhésion qu'il adresse à SMI. En cas de changement ultérieur de formule, les actes et soins dont la date est antérieure à la date d'effet de la modification sont remboursés conformément à la formule de garanties surcomplémentaires précédemment souscrite par le membre participant, étant établi que la date de référence retenue est celle de la date de décision de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le régime obligatoire) et/ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le régime obligatoire).

Le changement de formule n'est autorisé qu'au 1^{er} janvier de chaque année. La demande doit en être reçue au plus tard le 31 octobre de l'année précédente pour une prise d'effet le 1^{er} janvier suivant.

Le tarif applicable à la nouvelle formule de garanties tient compte de l'âge du membre participant et de ses éventuels ayants droit à la date de la modification.

Article 12

Cessation des garanties

À l'égard de l'adhérent, les garanties surcomplémentaires cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'adhérent ou la

mutuelle SMI.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet pour un membre participant au jour de son décès.

Pour les ayants droit affiliés, l'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet :

- Au jour du décès du membre participant
- À compter du jour où ils ne peuvent plus justifier de la qualité d'ayant droit au sens de l'article 5 du présent Règlement
- À la date de résiliation de leur adhésion demandée par l'adhérent dans les conditions mentionnées à l'article 10 du présent règlement mutualiste.

CHAPITRE III

Cotisations

Article 13

Objet des cotisations

Les membres de la mutuelle SMI s'engagent au versement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations surcomplémentaires assurées par la mutuelle, à ses frais de gestion, à ses provisions et amortissements et à ses réserves.

Ces cotisations comprennent, s'il y a lieu, les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs ou techniques dont les montants sont fixés par les règlements de ces organismes.

A ces cotisations s'ajoutent les taxes, charges et autres contributions imposées par les autorités administratives régissant le fonctionnement des mutuelles.

Article 14

Détermination des cotisations

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge des membres participants et de leurs ayants droit, de leur régime de Sécurité sociale, des prestations surcomplémentaires couvertes, de la composition de la famille et du département de résidence. L'âge est déterminé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de chaque bénéficiaire.

La mutuelle SMI ne peut instituer de différence de cotisation basée sur l'état de santé des membres participants et de leurs ayants droit.

La mutuelle SMI peut fixer une cotisation globale couvrant le membre participant et ses ayants droit ou bien une cotisation par bénéficiaire.

Article 15

Révision des cotisations

Les cotisations afférentes aux prestations surcomplémentaires sont réévaluées périodiquement, sur proposition du Conseil d'Administration et approbation de l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration, sur délégation de l'Assemblée Générale, en fonction des résultats techniques de l'ensemble des adhésions relevant d'une même garantie, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

Article 16

Paiement des cotisations

La cotisation est annuelle. Les cotisations sont appelées directement auprès des membres participants.

La cotisation est payable d'avance. L'échéance des cotisations est fixée au 1^{er} jour de la période d'assurance correspondante.

La cotisation annuelle peut, toutefois, sur option du membre participant, être acquittée trimestriellement, semestriellement ou mensuellement.

Les cotisations sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire. Le paiement par chèque est également autorisé.

Le membre participant peut choisir, en cas de prélèvement automatique, la date à laquelle ses cotisations seront effectivement exigibles, selon la périodicité qu'il aura choisie. Cette date n'a pas pour effet de modifier la date d'échéance telle que définie ci-dessus.

Le membre participant recevra en début de chaque période annuelle d'assurance, un échéancier ou un appel de cotisation qui

détermine les dates d'échéance, en fonction de la périodicité de paiement choisie et, en cas de prélèvement automatique, la date de paiement effectif de la cotisation, déterminant celles de l'exigibilité des cotisations.

Le versement mensuel des cotisations pourra donner lieu à la perception de frais de gestion liés au nombre d'opérations supplémentaires de versements.

Les cotisations sont dues pendant toute la durée de l'adhésion y compris pendant les périodes de maladie, accident et arrêt de travail.

Les frais générés par la non réalisation d'une opération de versement de cotisation, telle que chèque refusé ou prélèvement rejeté, seront intégralement mis à la charge du membre participant.

Article 17

Défaut ou retard dans le paiement des cotisations

A défaut de paiement de la 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 peut être suspendue après un délai de trente jours à compter de la date de première présentation d'une lettre de mise en demeure adressée au membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie surcomplémentaire, 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 SMI a le droit de résilier les garanties surcomplémentaires 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 surcomplémentaire 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 cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 18

Remboursement des cotisations

La résiliation et l'exclusion du membre participant ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Seule la résiliation pour cause de décès du membre participant donnera lieu au remboursement des mensualités à venir déjà versées.

CHAPITRE IV

Garanties et Prestations

Article 19

Objet des garanties surcomplémentaires

Les garanties surcomplémentaires frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des prestations versées par le régime d'assurance maladie obligatoire et par la couverture complémentaire santé « socle » - « contrat socle » - dont il bénéficie au titre de son adhésion à un règlement mutualiste ou à un contrat individuel ou collectif.

Article 20

Prestations couvertes

Les prestations assurées par le présent règlement mutualiste correspondent, dans le cadre et les limites de la formule de garantie surcomplémentaire souscrite, au montant de la somme restant à charge du membre participant après remboursement du régime obligatoire et du « contrat socle ».

Article 21

Risques exclus

Sauf disposition contraire dans le tableau des garanties, ne sont pas garantis les dépenses de santé et d'une façon générale tous

les frais résultant :

- De séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie
- Du forfait journalier acquitté à l'occasion d'un séjour dans un établissement médico-social (MAS, EHPAD, ...)

Article 22

Garanties et conditions particulières de remboursement

Le détail des prestations par garantie figure dans le tableau de garanties joint au bulletin d'adhésion.

Article 23

Demandes de remboursement

Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par la mutuelle SMI sur présentation, par le membre participant, des décomptes de l'organisme de Sécurité sociale, et/ou des factures détaillées et/ou des décomptes de remboursement du contrat socle. Seuls les documents originaux seront pris en compte par la mutuelle SMI

Aucun des documents reçus par la mutuelle SMI pour effectuer ces remboursements ne sera restitué. Il appartient donc au membre participant de garder, s'il le souhaite, une copie de ces documents avant de les envoyer.

La mutuelle SMI se réserve le droit, avant ou après le paiement des prestations et afin d'éclaircir sa décision, de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations surcomplémentaires au titre du présent règlement. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à une prise en charge de la part de la mutuelle.

Article 24

Droits aux prestations

24.1

Les actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'ouverture des droits ou postérieure à la date de résiliation ou d'exclusion ne sont pas remboursables, la date de référence étant celle de la date de décision de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le régime obligatoire) et/ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le régime obligatoire).

24.2

Pour déterminer l'antériorité des soins et actes médicaux au titre desquels des prestations sont demandées, la mutuelle SMI se réserve le droit, préalablement au remboursement des prestations, de faire procéder à un examen du bénéficiaire concerné par un médecin désigné ou agréé par elle, dans le but de vérifier si les conditions de remboursement mentionnées ci-dessus sont effectivement remplies.

Le membre participant doit faire toute diligence pour obtenir de ses médecins traitants, tous les documents relatifs à son état de santé, susceptibles d'être portés à la connaissance du médecin conseil de la mutuelle SMI pour lui donner la possibilité d'apprécier le point de départ de l'affection.

Tout refus d'intervenir ou toute réticence qui empêcherait le médecin conseil d'accomplir sa mission, entraînerait la perte des droits aux prestations. Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment des prestations, la mutuelle SMI lui en réclamera le remboursement.

24.3

Aucune prestation ne sera servie ni après la date d'effet de la démission ni après la décision de résiliation ou d'exclusion sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouvertures des droits étaient antérieurement réunies.

Article 25

Prescription

Toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte

sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance

- En cas de réalisation du risque, 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.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
- Demande en justice, même en référé, y compris devant une Jurisdiction incompétente et même lorsque l'acte de saisine est annulé en raison d'un vice de procédure
- Acte d'exécution forcée

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- Désignation d'un expert à la suite d'un sinistre
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par SMI au membre participant en ce qui concerne le paiement de la cotisation ; par le membre participant à SMI en ce qui concerne le règlement de la prestation)

En conséquence, toute réclamation concernant un remboursement de prestation ne pourra être reçue deux ans après la date du paiement effectué par la mutuelle SMI.

Article 26

Paiement des prestations

Le règlement des prestations est effectué par virement direct sur compte bancaire.

Le règlement par chèque pourra toutefois être fait sur demande particulière du membre participant. Dans ce cas, les frais de gestion liés au traitement du chèque pourront être déduits du remboursement.

Un avis de paiement appelé décompte ou relevé de décomptes est envoyé périodiquement par la mutuelle SMI aux membres participants.

Article 27

Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du présent règlement peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 28

Réclamation

Toute réclamation peut être adressée à SMI par :

- Courrier : à l'attention du Service Qualité, 2, rue de Laborde - CS 40041 - 75374 PARIS CEDEX 08
- Internet : www.mutuelle-smi.com
- Téléphone : au numéro de téléphone non surtaxé indiqué sur nos courriers

Article 29

Médiation

Le membre participant a la faculté de s'adresser au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française. La décision rendue par ce médiateur est sans appel.

Le médiateur peut être saisi soit :

- par courrier à l'attention de :
M. Le médiateur de la consommation de la mutualité française FNMF
255 rue de Vaugirard 75719 Paris cedex 15

- Email : mediation@mutualite.fr
- Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le médiateur peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit, après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la mutuelle et seulement si aucune action contentieuse n'a été engagée. Le règlement de la médiation adoptée par la Fédération Nationale de la Mutualité Française est disponible sur le site Internet de SMI et de la FNMF (<http://www.mutualite.fr/La-Mutualite-Francaise/La-mediation-mutualiste/Mieux-connaître-la-mediation-en-mutualite>).

Article 30

Fausse déclaration

30.1 Fausse déclaration intentionnelle

La garantie surcomplémentaire accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé 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.

30.2 Fausse déclaration non intentionnelle

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 prévue au présent règlement. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant : à défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport aux taux de cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 31

Prises en charge

Pour éviter aux membres participants de faire l'avance de fonds, la mutuelle SMI peut assurer, dans certains cas, la prise en charge directe de certains frais de soins auprès des établissements ou professionnels de santé ayant signé une convention avec la mutuelle SMI.

Pour bénéficier de cet avantage, une demande de prise en charge doit être faite auprès de la mutuelle SMI.

La prise en charge ne sera délivrée que pour les bénéficiaires dont les membres participants sont à jour de leur cotisation.

Les prises en charge ne sont valables que pour une période limitée. Dans l'hypothèse où la date de facture relative à la prise en charge est postérieure à la démission de l'adhérent, les sommes seraient recouvrées par la mutuelle auprès du membre participant.

En cas de résiliation du contrat, le service des prises en charge est suspendu un mois avant la date d'effet de la résiliation. Cette suspension ne fait, toutefois, pas obstacle au remboursement des frais de santé engagés jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Article 32

Subrogation

En vertu de l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations indemnitaires mentionnées au dit article, la mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité

mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

La mutuelle étant subrogée de plein droit, les membres participants s'engagent à répondre aux demandes de renseignements permettant à SMI de mener à bien son action contre les tiers responsables d'accident.

La mutuelle peut, en cas de retard à lui fournir les renseignements utiles à l'exercice de sa subrogation, réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé, conformément à l'article L. 221-16 du Code de la Mutualité.

Chapitre V

Fonds social

Article 33

Objet du fonds social

Il est créé, au sein de la mutuelle SMI, un fonds social, dont l'objet est l'attribution, sur dossier, d'aides exceptionnelles aux membres participants.

Ce fonds social est destiné à venir en aide aux membres participants dont la situation médicale ou celle de leurs ayants droit est particulièrement grave et dont les besoins ne sont pas ou peu couverts par les garanties de la mutuelle SMI. Le fonds social peut également intervenir pour aider certains membres participants en grandes difficultés financières à payer tout ou partie de leur cotisation.

Article 34

Fonctionnement du fonds social

Le fonds social est alimenté par un prélèvement annuel effectué sur les cotisations reçues.

Le montant de ce prélèvement est décidé par le Conseil d'Administration.

Une commission dite « Commission des Services Sociaux » est créée pour gérer l'attribution des aides du fonds social. Les membres de cette commission sont désignés par le Conseil d'Administration.

Les demandes d'aide doivent faire l'objet d'un dossier présentant la situation des demandeurs, leurs ressources et leurs besoins. Ces dossiers font l'objet d'un examen approfondi de la part de la Commission des Services Sociaux.

Chapitre VI

Dispositions légales

Article 35

Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle SMI est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09 - France.

Article 36

Informatique et Libertés - CNIL

Les informations personnelles et nominatives concernant les adhérents, recueillies par la mutuelle, font l'objet d'un traitement informatisé afin de gérer les adhésions.

En application de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, toute personne physique peut demander communication ou rectification ou suppression de toute information le concernant qui figurerait dans les fichiers de la mutuelle ou, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs, en adressant un courrier simple au siège de la mutuelle.

L'adhérent peut s'opposer à la communication des données nominatives le concernant à des tiers à des fins commerciales en adressant au siège de la mutuelle un courrier par lettre simple. Les frais d'envoi sont remboursés sur demande.

Les personnes qui ont connaissance des informations données par l'adhérent dans le cadre de la gestion de son contrat sont tenues au secret professionnel.

PARIS | LYON | CAYENNE | www.mutuelle-smi.com

SMI | Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité
SIREN 784 669 954 | Agréée pour les branches 1, 2, 20 et 21
Siège social : 2, rue de Laborde CS 40041 75374 Paris Cedex 08

