

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE PRÉVOIR' CHEMINOTS

Approuvé par le Conseil d'Administration du 24 octobre 2024

CERTIFIÉ CONFORME
La Présidente
Carole HAZÉ



GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES

TABLE DES MATIÈRES

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	03
Article 1 : Cadre réglementaire / raison sociale de la Mutuelle	03
Article 2 : Objet de la garantie	03
Article 3 : Conditions d'adhésion	03
Article 4 : Formalités d'adhésion	03
Article 5 : Population assurée	03
Article 6 : Prise d'effet de la garantie	04
Article 7 : Renouvellement, modification, suspension et résiliation de l'adhésion	04
Article 7-1 : Renouvellement	04
Article 7-2 : Modification de garantie	04
Article 7-3 : Résiliation	04
Article 8 : Droit de Renonciation	04
Article 8-1 : Vente à distance	04
Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance	05
Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile	05
Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine	05
Article 9 : Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle	06
TITRE 2. COTISATIONS	06
Article 10 : Montant des cotisations	06
Article 11 : Détermination des cotisations	06
Article 12 : Modalité de paiement des cotisations	06
Article 13 : Révision des cotisations	06
Article 14 : Remboursement des cotisations	06
Article 15 : Incident de paiement	06
Article 16 : Défaut de paiement	06
TITRE 3. GARANTIES	07
Article 17 : Définitions des garanties	07
Article 18 : Garantie en inclusion	08
Article 19 : Territorialité	08
Article 20 : Risques exclus	08
Article 20-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties	08
Article 20-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines prestations	09
Article 21 : Impact de la modification du Règlement Mutualiste sur les risques en cours	09
Article 22 : Cessation des garanties	09

TITRE 4. PRESTATIONS	09
Article 23 : Montant des prestations	09
Article 24 : Règlement des prestations	09
Article 25 : Principe indemnitaire	10
Article 26 : Pièces à fournir / délais de transmission	10
Article 26-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion	10
Article 26-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations	10
Article 26-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives	11
Article 27 : Cessation du versement des prestations	11
Article 28 : Prestations indues	11
Article 29 : Contrôle médical	11
TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES	11
Article 30 : Fonds social mutualiste/ Fonds de secours	11
Article 31 : Subrogation	11
Article 32 : Fausse déclaration	11
Article 32-1 : Fausse déclaration intentionnelle	11
Article 32-2 : Fausse déclaration non intentionnelle	12
Article 33 : Réclamation	12
Article 34 : Médiation	12
Article 35 : Prescription	12
Article 36 : Protection des données personnelles	13
Article 37 : Opposition au démarchage téléphonique	13
Article 38 : Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	13
Article 39 : Autorité de contrôle	14

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE / RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement mutualiste prévoyance est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé « l'adhérent », et d'autre part Solimut Mutuelle de France, ci-après dénommée « la Mutuelle », dont le siège social se situe au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. La loi applicable au présent règlement mutualiste est la loi française.

Solimut Mutuelle de France est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 383 143 617 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

Le présent règlement mutualiste a pour objet le versement de prestations prévoyance en fonction de la garantie souscrite.

La garantie Prévoir Cheminot a pour objet de garantir aux agents SNCF le versement :

- > D'une Indemnité Journalière Perte de Primes Temporaires (si la garantie est prévue dans la formule souscrite: le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation) ;
- > D'un capital Perte de Primes Définitives (si la garantie est prévue dans la formule souscrite: le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation) ;
- > D'un capital Décès (si la garantie est prévue dans la formule souscrite: le choix de l'adhérent est formalisé sur son bulletin individuel d'affiliation).

L'agent peut souscrire les trois garanties conjointement, ou les garanties Perte de primes définitive et Pertes de primes temporaires conjointement, ou le Décès et les Pertes de primes temporaires conjointement.

Le versement des prestations est subordonné au respect des éventuelles conditions mentionnées dans le tableau de garantie concerné.

Les garanties non souscrites par l'adhérent ne sont pas dues par la Mutuelle. Seules les garanties référencées au sein du tableau de garantie annexé au présent règlement, et correspondant à la garantie souscrite par l'adhérent sont opposables à la Mutuelle. Le nom de la garantie souscrite, et les éventuelles options supplémentaires souscrites sont indiquées sur le bulletin d'adhésion de l'adhérent.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer au présent règlement mutualiste, tout agent SNCF relevant du régime spécial de la SNCF ou du régime général, souhaitant devenir membre de la Mutuelle, et étant âgé de plus de 18 ans et de moins de 50 ans.

En tout état de cause, les personnes ayant atteint l'âge de cessation des garanties tel que prévu à l'article «Cessation des garanties» ne peuvent adhérer au présent règlement mutualiste.

Ne peuvent adhérer à la présente couverture :

- > Les personnes en arrêt de travail au moment de la souscription et de la prise d'effet de la couverture,
- > Les personnes à temps partiel thérapeutique.

Sont considérés comme agents SNCF par le présent Règlement Mutualiste, toute personne travaillant dans la société mère SNCF, ou ses filiales.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent.

En revanche, il convient de retenir la date d'anniversaire pour le calcul de l'âge minimal à l'adhésion.

Le cumul d'adhésion à une même garantie n'est pas admis par la Mutuelle.

ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est formalisée par la signature du bulletin d'adhésion, ainsi que par la remise de toutes les pièces nécessaires à l'adhésion conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission ».

Le questionnaire médical est une formalité d'adhésion obligatoire pour toute adhésion à ces garanties. À ce titre, l'adhérent doit remplir un questionnaire médical pour formaliser son adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent entraîne la nullité de l'adhésion.

Les pièces nécessaires à l'adhésion, notamment le bulletin d'adhésion et le questionnaire médical, doivent être remises à la Mutuelle dans les 30 jours calendaires à compter de la date d'envoi par courrier par la Mutuelle, le cachet de la Poste faisant foi. À défaut, la demande d'adhésion sera considérée comme irrecevable.

En tout état de cause, l'adhérent doit remplir ou faire remplir par son médecin traitant le ou les questionnaires médicaux remis par la Mutuelle, puis le ou les retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. Le médecin conseil pourra alors :

- > Accepter l'adhésion sans réserve,
- > Émettre des réserves médicales,
- > Refuser l'adhésion.

La Mutuelle s'engage à envoyer la réponse du médecin conseil à l'adhérent dans un délai maximal de 2 mois à réception du dossier complet. À défaut, la demande d'adhésion est réputée refusée.

En cas d'acceptation avec réserves médicales, un avenant de réserve médicale est adressé à l'adhérent afin de tenir compte des réserves émises par le médecin conseil de la Mutuelle. L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la décision du médecin conseil pour accepter l'adhésion. À défaut, la demande d'adhésion sera considérée comme irrecevable. Par conséquent, l'adhérent devra remplir un nouveau questionnaire médical s'il souhaite réitérer sa demande d'adhésion.

ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE

Seul l'adhérent, agent SNCF, est assuré au titre du présent règlement mutualiste. L'adhérent doit résider en France, à savoir la France métropolitaine ainsi que les DOM-COM, ou dans un pays frontalier à la France métropolitaine.

L'adhésion pour le compte d'un tiers est strictement interdite dans le cadre du présent règlement mutualiste en dehors du cadre légal des majeurs protégés.

Le cas échéant, l'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion.

À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse mail ou postale. À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

De plus, l'adhérent s'engage à fournir tous les deux ans à Solimut Mutuelle de France tout document réclamé par elle, destiné à actualiser le montant de ses garanties. De cette manière, la prestation est recalculée tous les deux ans pour permettre une juste adéquation entre le niveau souscrit et l'estimation des pertes potentiellement subies. Dans ces conditions, le capital versé lors de l'éventuelle survenance du sinistre sera le capital actualisé en vigueur.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La prise d'effet de la garantie est subordonnée à la fourniture de l'ensemble des pièces nécessaires à l'adhésion telles que définies dans l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du bulletin d'adhésion, pour l'envoyer à la Mutuelle.

La date de prise d'effet de l'adhésion est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'acceptation de la demande par le médecin conseil. La date de la prise d'effet de la garantie est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'acceptation (avec ou sans réserve) du médecin conseil ou de la Mutuelle. Le cachet de la poste fait foi.

Dans le cas où l'adhérent souhaiterait une date d'adhésion ultérieure, l'adhésion prendra effet au plus tard le 1^{er} jour du 3^{ème} mois suivant l'envoi du questionnaire de santé par l'adhérent.

> Délai de stage / délai de carence : Période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, ou s'applique de manière limitée, bien que l'adhérent cotise. Sous réserve de l'encaissement effectif des premières cotisations par la Mutuelle, la date d'effet de l'adhésion est le point de départ pour le calcul du délai de stage.

> Délai de franchise : Période suivant la date du sinistre au cours de laquelle la prestation n'est pas encore due par la Mutuelle. Pour autant les cotisations doivent être payées pour ouvrir droit aux prestations dues après le délai de franchise. Le délai de franchise est constitué de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail.

ARTICLE 7 : RENOUVELLEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Article 7-1 : Renouvellement

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période civile prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. Le règlement mutualiste se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification :

- > De sa situation administrative concernant son régime obligatoire ;
- > De sa situation familiale en cas d'affiliation des ayants droit ;
- > De ses coordonnées personnelles (adresse postale et adresse email).

Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

Article 7-2 : Modification de garantie

La demande de modification doit être adressée à la Mutuelle, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'exercice en cours. Le cachet de la poste fera foi pour déterminer la date de la demande.

Si l'adhérent souhaite modifier sa garantie à la hausse, il doit remplir un questionnaire médical.

La modification prend effet au 1^{er} janvier suivant ou au jour de l'acceptation de la Mutuelle si celle-ci est postérieure à cette date, sous réserve du paiement de la cotisation. La décision de la Mutuelle est adressée à l'adhérent par courrier recommandé avec accusé de réception. En cas de refus par la Mutuelle, l'adhérent conservera sa garantie initiale.

Les présentes règles encadrant les modifications de garantie ne font pas obstacles aux dispositions du règlement mutualiste portant sur la résiliation de l'adhésion.

Article 7-3 : Résiliation

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, la demande de résiliation doit être adressée avant le 31 octobre de l'année cours. Si la demande est adressée par courrier, le cachet de la poste fait foi. La résiliation de l'adhésion prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande. Votre couverture perdura donc jusqu'au 31 décembre inclus de l'année de la demande.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité et de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

En cas de décès de l'adhérent, la résiliation prend effet le lendemain du jour du décès. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage, dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste, à rembourser aux personnes concernées la partie de la cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « Remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION

Article 8-1 : Vente à distance

Est qualifiée de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

En pratique, il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut manifester son opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle transmet à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, l'adhérent a le droit de demander de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, l'adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification ; ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- > Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- > Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
SERVICE PROSPECTION - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n° (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature ».

■ Les effets du droit de renonciation

Le règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception ou de l'envoi recommandé électronique, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

■ Modalité d'exercice :

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

- > Par lettre à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
SERVICE PROSPECTION - CS 40602 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

- > Par mail : devis@solimut.fr.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné (Nom, prénom) ... demeurant (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance n° (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut Mutuelle de France, et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature ».

■ Les effets du droit de renonciation

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine

Conformément à l'article L223-8 du code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à une couverture ayant au moins une garantie qui dépend de la durée de la vie humaine, quel que soit le mode d'adhésion. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification et n'entraîne pas de pénalités. Ce délai commence à courir le jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

■ Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n° (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.
Fait à..... le..... signature ».

■ Les effets du droit de renonciation

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'ensemble des garanties défini au présent règlement mutualiste a été fixé compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet. Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique de la garantie de protection sociale complémentaire, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance de l'adhérent. Chaque garantie peut être modifiée à tout moment dans les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle. Le Règlement Mutualiste applicable est le Règlement Mutualiste en vigueur au jour du fait générateur entraînant la prise en charge du sinistre par la Mutuelle. L'indemnisation s'effectuera selon les conditions prévues au sein de ce Règlement Mutualiste.

TITRE 2. COTISATIONS

ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues par les statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste est inclus dans la cotisation.

Le montant des cotisations est mentionné au bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article « Révision des cotisations » du présent règlement mutualiste.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Les taux de cotisations sont établis notamment en fonction des éléments suivants :

> La tranche d'âge : L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance de l'adhérent. Il est entendu qu'au cours de l'adhésion les montants des cotisations peuvent évoluer en fonction de l'âge.

> La formule choisie ainsi que les niveaux des garanties.

Le montant de la cotisation est calculé à partir de la date d'effet de l'adhésion.

ARTICLE 12 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire, ou par chèque. En cas de paiement par prélèvement automatique bancaire, le paiement peut être fractionné par mois, par trimestre, par semestre ou par an. Le compte bancaire devra être domicilié en France. Le paiement par chèque est annuel sans fractionnement possible.

Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le bulletin d'adhésion. Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros (€).

ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'évolution démographique, les résultats et l'équilibre technique du règlement mutualiste, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

En cas de résiliation en cours d'année telle que prévue à l'article « Renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion », la part de cotisations correspondante au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglé, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants, et dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que le règlement mutualiste n'est pas un produit de placement. Ainsi, il n'existe aucun lien entre le montant de la prestation souscrite et les cotisations versées.

ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- > D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- > D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

ARTICLE 16 : 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 ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure à l'adhérent. Dans le 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 les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent 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 a été payée 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 venue à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent devra adresser une demande à la Mutuelle dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de radiation, et régler l'arriéré de ses cotisations. Dans le cas où le délai de 6 mois est dépassé, la demande d'adhésion d'un ancien adhérent radié de la Mutuelle pour non-paiement des cotisations, ou ayant demandé la résiliation de sa garantie sans avoir payé tout ou partie de la cotisation y afférent est subordonnée à l'acceptation par la Mutuelle. Cette nouvelle adhésion ne pourra être effective qu'après régularisation des sommes dues à la Mutuelle, si l'action n'est pas prescrite, conformément aux dispositions de l'article «Prescription» du présent règlement. Cette adhésion sera considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion, aucune demande d'adhésion rétroactive n'étant acceptée.

TITRE 3. GARANTIES

ARTICLE 17 : DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'adhérent bénéficie des garanties et des options indiquées sur son bulletin individuel d'affiliation, pour lesquelles il paye des cotisations.

Les garanties souscrites par l'adhérent sont définies dans le tableau de garantie, annexé au présent règlement mutualiste.

Le montant des prestations peut évoluer en fonction de l'âge de l'adhérent.

L'adhérent s'engage à fournir tous les deux ans à la Mutuelle tout document réclamé par elle, destiné à actualiser le montant de ses garanties.

De cette manière, la prestation est recalculée tous les deux ans pour permettre une juste adéquation entre le niveau souscrit et l'estimation des pertes potentiellement subies. Dans ces conditions, le capital versé lors de l'éventuelle survenance du sinistre sera le capital actualisé en vigueur.

À défaut de transmission des éléments demandés antérieurement au sinistre, la différence entre la perte de prime réellement subie et le capital versé par Solimut Mutuelle de France sera remboursée par l'agent.

En tout état de cause, les documents justifiant la perte devront être fournis.

■ Perte de primes temporaire

La garantie « Perte de primes temporaire » a pour objet l'indemnisation du préjudice subi par l'adhérent en raison de la diminution du montant de rémunération, à l'exclusion des allocations et autres heures supplémentaires, suite à la cessation momentanée de son activité pour cause de maladie ou d'accident médicalement constaté.

■ Perte de primes définitive (descente de machine ou reclassement)

La garantie « Perte de primes définitive » a pour objet l'indemnisation du préjudice subi par l'adhérent en raison de la diminution du montant de rémunération, à l'exclusion des allocations et autres heures supplémentaires, pour l'une des causes suivantes :

- > **Pour les adhérents conducteurs de machine relevant du régime spécial de la SNCF :** reclassement à titre définitif pour cause de maladie ou d'accident médicalement constaté ;
- > **Pour les adhérents non conducteurs de machine relevant du régime spécial de la SNCF et pour les adhérents relevant du régime général :** reclassement à titre définitif sur un poste entraînant une diminution de la rémunération, mais avec un temps de travail identique, pour cause de maladie ou d'accident médicalement constaté.

Dans tous les cas, ne donnera lieu à aucune indemnisation :

- La Réforme Définitive ;
 - L'invalidité et l'incapacité permanente correspondant à l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle, ayant entraîné la notification d'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente par le régime obligatoire.
- > **Pour tous les agents :** pendant la période de reclassement et dans l'attente d'une décision définitive, le capital « Perte de primes définitive » pourra être versé par anticipation, sous réserve que l'agent fournisse l'ensemble des pièces que la Mutuelle lui réclamera.

■ Décès

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de la personne couverte au(x) bénéficiaire(s). **Les cotisations versées au titre des garanties décès sont susceptibles d'être supérieures au montant des prestations (capital ou rente) garanties, il ne s'agit pas d'un produit de placement. La cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice de la prestation sans possibilité de rachat ni de réduction, la garantie décès étant à fonds perdus.**

Pour les personnes majeures sous tutelle, l'allocation ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Désignation de bénéficiaire par défaut :

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'adhérent notifiée à la Mutuelle, ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- > Au conjoint marié civilement à l'adhérent et non séparé de corps judiciairement ;
- > À défaut au partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- > À défaut aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, par parts égales entre eux ;
- > À défaut aux père et mère de l'adhérent par parts égales entre eux, ou en cas de décès de l'un des deux, au survivant pour la totalité ;
- > À défaut, aux héritiers selon la dévolution successorale. Ainsi, les héritiers ayant renoncé à la succession ne pourront pas bénéficier du capital décès.

Le concubinage n'est pas assimilé au mariage. L'adhérent doit donc rédiger une clause de désignation particulière s'il souhaite attribuer le capital décès à son concubin.

Clause de désignation particulière :

L'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par défaut. Pour ce faire, il devra remplir le formulaire prévu à cet effet.

En outre, la désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous-seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation particulière du (ou des) bénéficiaire(s), l'adhérent est invité à renseigner la qualité (lien de parenté), et les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par la Mutuelle à la suite de son décès afin de verser la prestation.

L'adhérent a la possibilité :

- > De répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires en indiquant le pourcentage de répartition ;
- > D'établir un rang de priorité parmi les bénéficiaires, en indiquant l'ordre de priorité.

À défaut de répartition et de rang, le capital sera réparti à parts égales entre les bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires, c'est-à-dire s'il décède antérieurement à l'adhérent, le capital est réparti à parts égales aux bénéficiaires du même rang de priorité, ou à défaut au rang suivant de priorité. En cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause de désignation par défaut ci-dessus s'appliquera. Les mêmes règles sont applicables en cas de désignations nulles.

Modification :

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'adhérent peut modifier à tout moment sa désignation de bénéficiaire afin que la désignation effectuée corresponde toujours à ses souhaits au cours de son adhésion.

En effet, les changements d'état civil (divorce, rupture de PACS...) n'annulent pas la désignation de bénéficiaire, lorsque le bénéficiaire est expressément nommé. Cependant la désignation sera nulle en cas de séparation si la désignation était uniquement qualitative et non nominative, si la personne désignée n'avait pas accepté la désignation. Par conséquent, le versement de la prestation sera effectué à la personne désignée d'un rang inférieur. À défaut de personne désignée en rang inférieur, la prestation sera versée selon les règles de désignation par défaut.

Acceptation du bénéficiaire :

La désignation de bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut être faite par avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'adhérent et le bénéficiaire. L'acceptation n'a alors d'effet sur la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Cas particulier de l'adhérent mineur non émancipé :

En cas de décès d'un adhérent mineur non émancipé, le capital est versé aux héritiers. La Mutuelle ne peut pas prendre en compte une désignation particulière de bénéficiaire effectuée par un adhérent mineur.

■ Caractère accidentel

L'accident toutes causes est défini comme tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement.

Dans tous les cas, ne sont pas considérés comme accident les événements suivants :

- Les infarctus du myocarde ;

- Les ruptures d'anévrisme ;
- Les accidents vasculaires cérébraux ;
- Les lombalgies, les lumbagos ;
- Les sciatiques ;
- Les éventrations ;
- Les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- Les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- Les hydrocutions ;
- Les hernies abdominales ;
- Les lésions méniscales.
- Les chutes liées à une dégradation de l'état de santé causée, notamment, par la vieillesse ou une maladie.

ARTICLE 18 : GARANTIE EN INCLUSION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par la présente garantie sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

ARTICLE 19 : TERRITORIALITÉ

Les garanties du présent règlement mutualiste s'appliquent dans le monde entier pour les séjours à l'étranger inférieurs à trois mois. Au sein des pays membre de l'Union européenne, le versement des garanties sera dû, quel que soit la durée du séjour.

Concernant les garanties incapacité et invalidité, le versement par la Mutuelle des prestations est conditionné au versement de prestations par le régime obligatoire français, y compris lorsque le fait générateur s'est déroulé en dehors du territoire français.

Les prestations sont toujours payées en Euros (€), quel que soit le lieu où s'est réalisé le dommage.

ARTICLE 20 : RISQUES EXCLUS

Article 20-1 : Exclusions applicables à l'ensemble des garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste, les conséquences :

- Directes ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeute, de rixe, ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ; étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
- De la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ;
- Des maladies ou accidents qui sont le fait d'un acte volontaire de l'adhérent ou d'un bénéficiaire ;
- De l'état d'ivresse, de l'alcoolisme, de toxicomanie ainsi que les conséquences d'un acte criminel pour lequel l'adhérent serait reconnu coupable ;
- Du risque Maternité ainsi que les pathologies liées à celle-ci.

Article 20-2 : Exclusions complémentaires applicables à certaines prestations

Concernant la garantie décès, est exclu en sus, des exclusions prévues par l'article 20-1, le suicide au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion de la garantie, ou l'augmentation de la garantie.

En cas d'augmentation de la garantie, seule de la part de la prestation correspondant à l'augmentation est concernée par la présente exclusion.

Sont exclus des garanties accidentelles, les conséquences :

- Des accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent et ce qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation ;
- Des accidents dus à l'usage de substances illicites ou de médicaments non prescrits ;
- Des accidents dus à l'état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool supérieur au taux défini dans le code de la route en vigueur au jour du sinistre.

Concernant les garanties Perte de Primes définitive et Perte de Primes Temporaire, il est précisé, en sus, des exclusions prévues par l'article 20-1 que:

- Les lombalgies, dorsalgies et cervicalgies seront prises en charge à raison d'un crédit de 90 jours maximum (sur une période de 365 jours), sauf celles d'origine tumorale qui entreront dans le champ classique des prestations prévues au contrat. Pour reconstituer ce crédit d'indemnisation, une reprise effective des activités professionnelles de 365 jours est exigée ;
- Les troubles neuropsychiatriques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses et états dépressifs seront pris en charge à raison d'un crédit de 90 jours maximum (sur une période de 365 jours). Pour reconstituer ce crédit d'indemnisation, une reprise effective des activités professionnelles de 365 jours est exigée ;
- Les tentatives de suicide survenant durant les deux premières années suivant la date d'effet du contrat sont exclues.

ARTICLE 21 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS

Le présent Règlement Mutualiste ne prend pas en charge les risques en cours. L'adhérent ne devra pas être en arrêt de travail au moment de l'adhésion. Les risques en cours au moment de la modification du règlement mutualiste seront pris en charge selon les règles de l'ancien règlement mutualiste.

ARTICLE 22 : CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion cessera :

- > En cas de renonciation de l'adhésion conformément à l'article « Renonciation » ;
- > En cas de résiliation de l'adhésion ;
- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article « Défaut de paiement » ;
- > En cas de liquidation de la pension vieillesse par le régime obligatoire de base de l'adhérent et, au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite.
- > En cas de décès de l'adhérent.

La Mutuelle invite l'adhérent à être vigilant lorsqu'il remplit les critères de cessation du versement des prestations pour l'ensemble des garanties prévues par la garantie souscrite, afin d'en informer la Mutuelle.

TITRE 4. PRESTATIONS

ARTICLE 23 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est indiqué dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite. Le tableau de garantie de la garantie souscrite peut également prévoir des options. Elles ne sont opposables à la Mutuelle que si l'adhérent y a souscrit. Leur souscription est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 24 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite, dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste dans un délai d'un mois, hors éventuels délais bancaires.

Le délai peut être rallongé en cas de contrôle médical.

Les prestations décès sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées.

Le cas échéant, l'éventuel règlement des prestations peut être remis en cause en fonction des résultats des contrôles médicaux diligentés par la Mutuelle.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire de l'adhérent domicilié dans un Etat membre de la Zone SEPA, ou le cas échéant de son représentant légal.

Par exception, le règlement des capitaux décès s'effectue par chèque bancaire.

En cas d'augmentation rétroactive du salaire à la suite d'un contentieux avec l'employeur, le montant de la prestation versée et éventuellement le montant des cotisations payées pourront être réévalués, dans la limite du délai de prescription rappelé aux dispositions de l'article « Prescription » du présent règlement.

■ Perte de prime

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », les prestations portant sur l'indemnisation d'une perte de prime sont payables mensuellement à terme échu.

■ Capital décès

En cas de décès, la Mutuelle verse le capital au(x) bénéficiaire(s) conformément au paragraphe « Décès » au sein de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

En cas de décès, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.223-19-1 du code de la mutualité est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.223-25-4 du code de la mutualité. A compter de la date du décès et jusqu'à la date de réception par la Mutuelle des pièces justificatives, il sera accordé pour chaque année civile, une revalorisation nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- > soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- > soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Les revalorisations prévues pour les capitaux décès sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non renouvellement du contrat.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'autonomie, le capital décès peut être versé par anticipation, et met fin à la garantie décès.

■ Crédits d'indemnisation

La garantie Prévoir Cheminots prévoient des crédits d'indemnisation. Le crédit d'indemnisation étant la durée maximale d'indemnisation. La durée et les règles encadrant le renouvellement des crédits d'indemnisation sont indiquées sur le tableau de garantie de la garantie souscrite.

Des conditions supplémentaires quant à la durée maximum de l'indemnisation peuvent être mentionnées dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite.

ARTICLE 25 : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les prestations Perte de Primes temporaire sont des prestations indemnitaires. Ainsi, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations nettes versées par l'employeur, par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu supérieur pour l'adhérent, en arrêt de travail, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. Ainsi, le cas échéant la prestation pourra être minorée à hauteur du revenu que l'adhérent aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. En tout état de cause, la prestation est limitée au salaire net à payer de l'adhérent.

Pour les adhérents relevant du Régime Obligatoire Alsace Moselle, les prestations versées par la Mutuelle, majorées des prestations versées par le régime obligatoire ou par quelque organisme que ce soit, ne pourront entraîner un revenu supérieur pour l'adhérent, en arrêt de travail, à celui qu'il aurait perçu s'il avait poursuivi son activité. Il appartient à l'employeur de procéder à une minoration de la rémunération versée le cas échéant conformément à l'article L. 1226-23 du Code du travail.

Si les documents destinés à l'actualisation du capital, réclamés par Solimut Mutuelle de France, n'ont pas été fournis par l'adhérent, la prestation versée ne pourra excéder le montant de la perte réelle subie.

ARTICLE 26 : PIÈCES À FOURNIR

Article 26-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion

À l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, à savoir notamment :

- > Un document d'identité en cours de validité,
- > Un relevé d'identité bancaire d'un compte bancaire domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA,
- > Un mandat de prélèvement SEPA, en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire,
- > Un bulletin d'adhésion ;
- > Les 3 à 12 derniers bulletins de salaire précédant la demande d'adhésion ;
- > Concernant les Agents de conduite, une photocopie de sa licence de conducteur de train en cours de validité ;
- > Un questionnaire médical.
- > Et toutes autres pièces nécessaires.

À défaut de la remise de l'intégralité des pièces nécessaires, l'adhésion ne peut prendre effet.

Article 26-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations

Les documents justificatifs demandés sont obligatoires afin d'obtenir le paiement de la Mutuelle. Toutefois, ils ne peuvent à eux seuls impliquer la délivrance de la prestation par la Mutuelle.

■ Perte de Prime Temporaire (si garantie prévue dans la formule souscrite) :

En cas de perte de prime temporaire de l'adhérent, les justificatifs suivants seront nécessaires afin de verser les prestations :

- > Les justificatifs d'arrêt de travail et de prolongations;
- > Les bulletins de salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ;
- > Dans le cadre du « Service Doux » : notification du médecin de la SNCF ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

■ Perte de Prime Définitive (si garantie prévue dans la formule souscrite) :

En cas de perte de prime définitive de l'adhérent, les justificatifs suivants seront nécessaires afin de verser les prestations :

- > Le Certificat de la S.N.C.F. spécifiant le retrait à titre définitif de l'autorisation de conduite en Premier au service de la route ou le reclassement pour les autres services ;
- > Un certificat médical, sous pli confidentiel, adressé au Médecin conseil de la Mutuelle, spécifiant les éléments suivants :
 - > Date de survenance de la maladie ou de l'accident,
 - > Nature de la maladie.
- > Les bulletins de salaire des 12 mois précédant la « descente de machine » ;
- > Le premier bulletin de salaire après le reclassement professionnel ;
- > Le bulletin de salaire mentionnant la régularisation par l'indemnité compensatrice lors du reclassement définitif ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

■ Caractère Accidentel :

En cas de caractère accidentel, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- > Une déclaration écrite précisant ses circonstances, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- > Un certificat médical précisant la cause accidentelle ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

À défaut le caractère accidentel ne pourra pas être retenu.

■ Décès (si garantie prévue dans la formule souscrite) :

En cas de décès de l'adhérent, les justificatifs suivants seront nécessaires afin de verser les prestations :

- > L'acte de décès ;
- > Un certificat médical précisant les causes du décès (nature accidentelle ou non) à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- > Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires ;
- > Le procès-verbal établi à la suite du décès de l'adhérent, s'il existe ;
- > Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

La Mutuelle s'engage à demander les pièces justificatives dans un délai de 15 jours à compter de la réception de l'acte de décès.

Article 26-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Relation Adhérents - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

ARTICLE 27 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Il appartient à l'adhérent d'informer la Mutuelle qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessous portant sur la cessation des garanties.

■ Perte de primes temporaire et Perte de primes définitive

Le versement des garanties Perte de primes temporaire cesse :

- > À la reprise d'activité de l'adhérent ;
- > À la date de fin de l'indemnisation par le régime obligatoire de l'adhérent ;
- > À la date d'effet d'un congé parental,

Le versement des garanties Perte de primes temporaire et Perte de primes définitive cesse :

- > À la liquidation de la pension d'invalidité par le régime de base de l'adhérent ;
- > À la liquidation de la pension de retraite de l'adhérent ;
- > Au décès de l'adhérent ;
- > Et au plus tard lorsque l'adhérent a atteint l'âge légal de départ à la retraite.

En tout état de cause, le versement de l'ensemble des prestations cesse :

- > En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 16 « Défaut de paiement » ;
- > En cas de dénonciation de l'adhésion conformément à l'article 7-3 « Résiliation ».

■ Garantie Décès

La Mutuelle n'effectuera pas le versement du capital si le dommage se réalise après l'âge légal de départ à la retraite.

ARTICLE 28 : PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

ARTICLE 29 : CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle peut effectuer tous les contrôles et enquêtes qu'elle jugera utiles, et ce quelle que soit la garantie.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin conseil de la Mutuelle et celles du Régime Obligatoire. À ce titre, les décisions du Régime obligatoire ne s'impose pas à la Mutuelle. Par conséquent, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par elle, afin que soit apprécié son état de santé.

Les conclusions du médecin désigné par la Mutuelle détermineront si les prestations doivent être dues, maintenues, réduites voire supprimées, et ce, quelle que soit la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme. L'adhérent garde cependant toute possibilité de contestation.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin désigné par la Mutuelle, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin afin d'apprécier l'état de santé de l'adhérent.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du médecin arbitre seront à la charge de la Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin arbitre confirmerait le rejet de la demande de l'intéressé, les honoraires du médecin arbitre seront à la charge, pour moitié, de l'adhérent et de la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle ne versera pas les prestations :

- En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ;
- Lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la définition des garanties du présent règlement ;
- En cas de refus de l'adhérent de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES

ARTICLE 30 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE / FONDS DE SECOURS

En cas de grande difficulté, l'adhérent peut saisir le fonds social mutualiste géré par une commission de secours dans les conditions fixées par le règlement relatif au fonds social de la Mutuelle.

ARTICLE 31 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires contre les tiers responsables du sinistre ayant entraîné le versement par la Mutuelle des prestations.

À cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuel intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

ARTICLE 32 : FAUSSE DÉCLARATION

Article 32-1 : Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leurs sont reprochées, et invités à fournir des explications. En fonction des informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite. 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 nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

Article 32-2 : Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- > Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- > Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 33 : RÉCLAMATION

La Mutuelle met à la disposition de ses adhérents et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Réclamations - TSA 11346 - 13235 MARSEILLE CEDEX 02

Où à l'adresse email suivante :

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit, cependant en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

ARTICLE 34 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)

255 rue de Vaugirard

75719 PARIS CEDEX 15

- Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximums de la réception du dossier complet.

Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 35 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

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

Quand l'action de l'adhérent, 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 l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- La reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- La demande en justice (même en référé) ;
- Un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Lorsque le délai de prescription est dépassé, aucune prise en charge ne pourra couvrir la période dépassant le délai de prescription. La prise en charge couvrira toute la période antérieure à la demande jusqu'à l'expiration du délai de prescription.

ARTICLE 36 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Le caractère obligatoire ou facultatif des données recueillies est spécifié au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire. Les données recueillies sont nécessaires à des fins de préparation et de gestion des adhésions, d'exécution du règlement mutualiste, d'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, de construction d'audience par profilage, d'organisation d'actions de prévention conformément à l'article 2 - VII des Statuts de la Mutuelle, d'analyse de l'historique du dossier adhérent dans le cadre de la lutte contre la fraude, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales et de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle ainsi que pour garantir le respect des obligations légales et réglementaires pesant sur la Mutuelle (comme la lutte contre le blanchiment, la lutte contre la fraude ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux). Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs et coassureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Pour la réalisation de ce traitement, la Mutuelle pourra faire appel à un sous-traitant, lié par contrat, qui présentera les garanties suffisantes afin de répondre aux exigences de sécurité et de confidentialité des données, ainsi qu'au respect des instructions de traitement définies par la Mutuelle. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction des finalités du recueil et du traitement des données auxquelles elles sont liées. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- soit par mail à dpo.smf@solimut.fr

- soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 37 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de cette relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société CONSOPROTEC, Service Bloctel, 19 rue de la Vallée-Maillard, 41000, Blois, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 38 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire aux respects de ses obligations par la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de demander des justificatifs complémentaires au professionnel de santé le cas échéant. Dans ce cadre, les services spécialisés de la Mutuelle sont habilités à contacter l'adhérent et les professionnels de santé afin d'obtenir des précisions sur les informations et les justificatifs fournis.

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droit, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique) ;
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L562-2-2 du Code monétaire et financier.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle ainsi que lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement des prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

En cas de refus ou d'opposition de l'Adhérent du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

ARTICLE 39 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE :

Tableau des cotisations

Tableau de garantie

Nous contacter



▶ Par notre réseau d'agences :

Des conseillers disponibles et expérimentés à votre disposition dans nos 60 agences réparties sur 8 régions (coordonnées de nos agences sur notre site internet www.solimut-mutuelle.fr)



▶ Par téléphone :

En appelant le 04 42 18 02 50
Accueil téléphonique du lundi au vendredi



▶ Par Courrier :

Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents :
TSA 11346 - 13235 Marseille Cedex 02

