

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres

Règlement Mutualiste

• DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le Groupe Smiso Mutuelle des Cadres est une mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité et immatriculée au Registre national des mutuelles sous le numéro 324 310 614. Son siège est situé 8, boulevard Vauban 59024 Lille Cedex. Elle est ci-après dénommée la Mutuelle.

Article 1 : Objet et composition du règlement

Le présent règlement a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ayant adhéré à titre individuel à la Mutuelle et cette dernière en ce qui concerne les prestations et les cotisations relatives à la garantie "Indemnités journalières hospitalisation". Ce règlement a été adopté par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration. Le présent règlement est régi par le code de la Mutualité.

Article 2 : Modification du règlement

Toute modification du présent règlement est portée à la connaissance des membres participants. Toute modification des garanties prévues au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant.

Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées au membre participant.

Article 3 : Délai de prescription

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour ou la Mutuelle en a connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Article 4 : Organisme de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, située au 61 rue Taitbout 75009 Paris.

Article 5 : Informatique et libertés

L'article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux informations données en réponse aux questions nécessaires à la conclusion du présent règlement.

Le membre participant et ses ayants droit autorisent la Mutuelle à communiquer ces informations à tout organisme appelé à connaître le présent règlement en raison de sa gestion ou de son exécution.

Le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Mutuelle.

• ADHESION - CHOIX DES GARANTIES

Article 6 : Adhésion

L'adhésion à la Mutuelle, à ses statuts et au présent règlement est matérialisée par la signature, par chaque membre participant, d'un bulletin d'adhésion. C'est également sur ce bulletin d'adhésion que le membre participant choisit le régime de garantie destiné à le couvrir.

Un descriptif du régime de garantie qu'il a souscrit lui est remis au moment de son adhésion, ce descriptif indique également le montant des cotisations afférentes à ce régime. Un nouveau descriptif lui est envoyé après chaque renouvellement annuel de son adhésion.

Article 7 : Prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

Sauf mention particulière figurant sur le bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet le premier jour du mois de réception de ce bulletin par la Mutuelle. L'adhésion initiale du membre participant est conclue pour une durée initiale minimale de 12 mois, elle court jusqu'au 31 décembre suivant le dépassement de ce délai, puis elle se renouvelle tacitement chaque 1er janvier sauf utilisation par le membre participant de sa faculté de démission.

Article L121-20-16 du Code de la consommation :

II. - 1° Toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter 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 conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au "a".

Article 8 : Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer à la Mutuelle les personnes visées par l'article 7 des statuts âgés de moins de 50 ans au moment de l'adhésion.

Article 9 : Délai d'attente

La garantie ne peut être accordée qu'après un délai d'attente de 3 mois calendaires en cas de maladie, c'est à dire l'altération de la santé d'une personne constatée par une autorité médicale, le délai commençant à courir à la date d'effet de l'adhésion.

Les hospitalisations débutant pendant le délai d'attente ne donnent lieu à aucune prestation, ni les nouvelles hospitalisations consécutives à celles-ci

intervenant moins de 30 jours après la sortie d'hospitalisation.

Le délai d'attente n'est pas appliqué si l'hospitalisation fait suite à un accident. On entend par accident toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire.

Article 10 : Affiliation des ayants droit

Peuvent être affiliés à la Mutuelle au titre de l'adhésion du membre participant à la présente garanties son conjoint, concubin ou partenaire et/ ou ses enfants à charges tels que définis par les statuts de la Mutuelle.

Seront affiliés à la Mutuelle les ayants droit inscrits par le membre participant sur son bulletin d'adhésion.

En cas de changement de situation de famille, le membre participant qui souhaite affilier un nouvel ayant droit doit adresser sa demande écrite à la Mutuelle. L'affiliation du nouvel ayant droit prend effet le 1er jour du mois de demande d'affiliation. Les délais d'attente prévues à l'article 9 s'appliquent également aux ayants droit.

Une seule personne peut être affiliée au titre de conjoint, concubin ou partenaire par membre participant.

Le participant et ses ayants droits affiliés sont ci après dénommés personnes couvertes.

Article 11 : Fin de l'adhésion

Evènements mettant fin à l'adhésion.

L'adhésion du membre participant prend fin :

- le jour où il ne remplit plus les critères d'adhésion au régime de garanties qu'il a souscrit, sous réserve de son adhésion à un nouveau régime de garanties,
- le jour du décès du membre participant,
- en cas de non-paiement des cotisations (cf. article 15),
- en cas de démission du membre participant. Le membre participant qui souhaite mettre fin à son adhésion doit adresser sa demande de démission au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusée de réception au moins deux mois avant la date d'échéance,
- **au plus tard le jour de son 65ème anniversaire.**

Fin de la période d'affiliation d'un ayant droit.

L'affiliation des ayants droit prend fin :

Pour tous les ayants droit :

- automatiquement au jour où l'adhésion du membre participant prend fin,
- en cas de demande de leur part. L'ayant droit qui souhaite mettre fin à son affiliation doit adresser sa demande de démission au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusée de réception au moins deux mois avant la date d'échéance.

Pour les conjoints :

- automatiquement en cas de divorce, dans ce cas l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit la notification de ce jugement à la Mutuelle,
- automatiquement en cas de rupture du PACS ou du concubinage, l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit la notification de cette rupture à la Mutuelle,
- au plus tard le jour où le conjoint atteint son 65ème anniversaire.

Pour les enfants à charge :

L'enfant à charge est couvert du chef du membre participant jusqu'à l'une des dates suivantes :

- le jour où l'enfant cesse d'être ayant droit au sens de la sécurité sociale,
- à la fin du mois au cours duquel prend fin le contrat de qualification, de professionnalisation ou d'apprentissage ou la formation en alternance et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant demandeur d'emploi trouve un emploi et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,
- le dernier jour de l'année scolaire au cours de laquelle il ne remplit plus les critères statutaires qui lui permettaient d'être considéré comme enfant à charge et, en tout état de cause, le dernier jour du mois où il a atteint la date anniversaire de ses 28 ans.

Attention, la non-notification dans les délais les plus brefs d'un événement entraînant la perte de la qualité d'enfant à charge est constitutive d'une fausse déclaration.

Autres personnes à charge :

le jour où elles n'ont plus la qualité de personne à charge au sens des statuts.

Article 12 : Versement des prestations après la fin de l'adhésion ou de l'affiliation

Les demandes de prestations adressées à la Mutuelle après la fin de l'adhésion ou de l'affiliation au règlement seront prises en compte à la condition que le fait générateur, tel que défini à l'article 17, du risque garanti soit antérieure à la date de fin de la couverture.

Article 13 : Choix des garanties

Choix à l'adhésion

Lors de la souscription de son bulletin d'adhésion, le membre participant choisit, parmi ceux auxquels il peut adhérer, le régime de garanties qui va le couvrir ainsi que ses éventuels ayants droit.

Changement de garantie

Le participant qui souhaite changer de régime de garanties, pour lui et ses éventuels ayants droit, doit en faire la demande écrite auprès de la Mutuelle, et ce,

avant le 31 décembre de chaque année. L'adhésion à ces nouvelles garanties prend effet le 1er janvier de l'année suivante. Durant cette période, le participant et ses éventuels ayants droit continuent de bénéficier de son ancien régime de garanties tout en étant tenu au paiement des cotisations afférentes aux nouvelles. Le participant ne pourra demander à changer à nouveau de garanties pendant un délai de 3 ans, sauf s'il demande à souscrire des garanties supérieures. Le bulletin d'adhésion peut mentionner que pour certains régimes de garanties le choix du niveau de ces dernières au moment de l'adhésion est intangible.

• COTISATIONS

Article 14 : Montant des cotisations

Le montant des cotisations afférentes à chaque niveau de garanties apparaît dans le tableau descriptif des garanties. Il est appliqué par personne couverte. Le montant de la cotisation varie en fonction des garanties. Il peut être d'un montant identique pour toutes les personnes couvertes ou varier en fonction de l'âge de chacune d'entre elles (participant et ayant droit). Cet âge est calculé par différence de millésime. La cotisation est donc réajustée en fonction de l'âge au 1er janvier. Les cotisations peuvent être révisées au moins une fois par an en fonction des décisions de l'assemblée générale de la Mutuelle. Elles tiennent compte des taxes et impôts qui y sont afférents et peuvent donc être revues en cas de modification de ceux-ci.

Article 15 : Paiement des cotisations

Procédure de Paiement des cotisations :

Le membre participant est débiteur de l'intégralité de la cotisation annuelle y compris si son adhésion est résiliée de leur fait en cours d'année. Le membre participant est débiteur de l'ensemble des cotisations dues à la Mutuelle de son propre chef ainsi que celui de ses éventuels ayants droit.

Le paiement de la cotisation s'effectue en 12 mensualités. Elles sont payées mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal du membre participant. La date d'échéance de ces cotisations est le 5 de chaque mois (cette échéance peut être fixée au 15 sur simple demande). Si la Mutuelle accepte que les cotisations soient payées par chèque, celles-ci sont alors payées trimestriellement d'avance avec une date d'échéance fixée au 5 du premier mois du trimestre civil.

En cas de non-paiement des cotisations :

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

La Mutuelle a le droit de résilier sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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

• GARANTIES

Article 16 : Définition et niveau des garanties

Les garanties qui découlent du présent règlement ont pour objet de garantir le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation d'une personne couverte suite à un accident ou une maladie, en fonction du niveau de garantie souscrit par le membre participant.

L'hospitalisation se définit comme le fait de recevoir des soins nécessitant un séjour minimal de 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant des autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). **Pour donner droit à prestation l'hospitalisation doit être prise en charge par la Sécurité sociale.**

Le montant des garanties peut être revu en cours d'année par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou le Conseil d'administration sur délégation de cette dernière, dès lors que cette mesure est nécessaire au maintien des équilibres techniques de la Mutuelle.

Les types et niveaux de garanties dont bénéficient le membre participant et ses éventuels ayants droit sont décrits dans les tableaux descriptifs des garanties définis à l'article 6 du présent règlement.

Article 17 : Condition d'attribution des garanties

Fait générateur

L'indemnité est versée à partir de la vingt-quatrième heure d'hospitalisation. Les vingt-quatre premières heures ne donnent droit à aucune prestation.

Date de survenance

Les conditions d'ouverture du droit aux prestations correspondent à la date d'hospitalisation indiquée sur l'attestation d'hospitalisation.

Durée de versement

Les indemnités sont versées dans la limite de 90 jours d'hospitalisation par année civile.

Article 18 : Prestations

Procédure, documents exigés

Pour que les indemnités journalières soient versées par la Mutuelle, le membre

participant doit lui adresser une attestation d'hospitalisation dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation. La Mutuelle se réserve le droit de réclamer la production de toute toutes pièces justificatives de cette hospitalisation.

Article 19 : Exclusion :

Ne donnent pas droit à prestation, les hospitalisations découlant :

- de la guerre civile ou étrangère, de la participation à des rixes (sauf légitime défense), crimes, délits, émeute et paris de toute nature,
- du suicide ou de sa tentative, de l'automutilation consciente ou non, du fait intentionnel de l'assuré,
- de l'état alcoolique (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile au jour du sinistre) ; de l'utilisation de stupéfiants ou substances analogues, médicaments et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel,
- de la pratique de certains sports dangereux : alpinisme, spéléologie, bobsleigh, surfing,
- de l'utilisation par l'assuré d'un appareil quelconque (avec ou sans moteur) permettant de se déplacer dans les airs,
- des affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques),
- d'une désintégration du noyau de l'atome atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radio-activité,

Sont toujours exclus des garanties prévues au présent règlement :

- les séjours en maison de repos, de plein air, de convalescence, de retraite, en centre de rééducation et de réadaptation, en établissement thermaux, climatiques et de cures, en instituts-médicaux pédagogiques, en hospice et service de gérontologie,
- les séjours des personnes qui d'une manière irréversible, n'ont plus leur autonomie ou dont l'état nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien.

Sont toujours exclues des garanties contractuelles, les hospitalisations :

- causées par une maladie psychosomatique ou un coma diabétique,
- découlant d'une intervention de chirurgie esthétique,
- liées à un traitement hygiéno-diététique,
- liées à l'exécution d'une période militaire.

Article 20 : Bénéficiaire des prestations

Les prestations sont versées par virement sur le compte du membre participant. Toutefois, les ayants droit de plus de 16 ans peuvent demander au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle à ce que les prestations destinées à rembourser des dépenses qu'ils ont générées soient versées sur leur propre compte bancaire.

Article 21 : Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de procéder à une enquête pour déterminer la nature du sinistre cause de l'hospitalisation et l'époque à laquelle a eu lieu ce dernier.

La Mutuelle peut faire examiner la personne couverte par son médecin conseil à tous moments. En cas de refus de répondre à ce contrôle le paiement des prestations sera refusé.

Au vu des conclusions du médecin conseil, la Mutuelle notifie sa décision à la personne couverte. Au cas où la décision est contestée par la personne couverte, le médecin traitant de cette dernière et le médecin conseil désignent un médecin arbitre chargé de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente à ce sujet, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal de grande instance du domicile de la personne couverte.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième sont à la charge de la personne couverte.

Dans tous les cas, les décisions du médecin arbitre s'imposent à la personne couverte et à la Mutuelle.

Article 22 : Fausse déclaration

Toute fausse déclaration de la part du membre participant ou d'un de ses éventuels ayants droit quant à la réalité et/ou à l'étendue du sinistre entraîne la nullité de la garantie. Les cotisations payées à ce titre restent acquises à la Mutuelle.

Article 23 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au participant ou à un de ses ayants droit victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées.

Article 24 : Territorialité

L'hospitalisation couverte par les garanties de la Mutuelle doit avoir lieu en France. Les cotisations et les prestations sont versées en euros. Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ouverts en France. a production de toute toutes pièces justificatives de cette hospitalisation.



La mutuelle Groupe Smiso Mutuelle des Cadres est une institution du Groupe Vauban Humanis (Retraite, Prévoyance, Santé, Épargne, Action sociale).
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité et inscrite au registre national des mutuelles sous le n°324 310 614
Mutuelle affiliée à la FNIM (Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles)
Siège social : 8, Boulevard Vauban - 59024 Lille Cedex - contact@sante@vaubanhumanis.com

www.vaubanhumanis.com

**Vauban
Humanis**
Une solidarité d'avance