



LE RÈGLEMENT MUTUALISTE

Validé par l'Assemblée Générale du 17 juin 2025

Le présent règlement est consultable sur le site internet de la mutuelle et adressé par courriel ou par courrier sur demande de l'adhérent. Ceci afin que chaque mutualiste en soit pourvu et qu'il connaisse ses droits et ses devoirs et n'en prétexte l'ignorance.

Sommaire

LE RÈGLEMENT MUTUALISTE	01
1 • <i>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</i>	01
2 • <i>OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS</i>	01
3 • <i>CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS</i>	02
4 • <i>CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS</i>	02
5 • <i>CONDITIONS DE DÉMISSION, RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION</i>	04
6 • <i>OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS</i>	04
<i>Section 1 - Prestations accordées par la mutuelle</i>	04
<i>Section 2 - Subrogation</i>	05

1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier – Objet

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre la mutuelle et chaque membre participant et ayant droit, en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Il est adopté par le Conseil d'Administration.

Tout litige concernant l'application ou l'interprétation du règlement mutualiste général est d'abord examiné par le Service Réclamations de la Mutuelle, 34 boulevard Riquet – CS 21504 - 31015 TOULOUSE cedex 6. En cas de désaccord, le dossier accompagné des éléments indispensables à l'examen de la (des) prétention(s) sera transmis par la partie la plus diligente au Service Médiation de la FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75015 PARIS. Un avis sera rendu par le médiateur désigné par la FNMF, qui s'imposera aux parties.

Article 2 – Réglementation applicable

La loi applicable au présent règlement est la loi française et les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Article 3 – Bénéficiaires des prestations

Les adhérents, également appelés membres participants, adhèrent aux présents statuts et règlement mutualiste. Ils bénéficient des prestations en contrepartie du paiement des cotisations et en ouvrent le bénéfice à leurs ayants droit. L'ayant droit est l'époux, ou épouse, le concubin ou la concubine, le Pacsé ou la Pacsée, leurs enfants et leurs ascendants fiscalement à charge.

Article 4 – Catégories de bénéficiaires

Les membres participants à titre individuel ou collectif facultatif et leurs ayants droits se répartissent en plusieurs catégories :

- Catégorie individuelle : membre participant sans ayant droit,
- Catégorie monoparentale : membre participant élevant seul un ou plusieurs enfants à charge,
- Catégorie familiale : membre participant et sa famille (conjoint(e) - concubin(e) - pacsé(e) – enfant(s) fiscalement à charge).

2 – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 5 – Demande de renseignements

Une demande de renseignements est adressée chaque année aux parents de bénéficiaires continuant leurs études ou en apprentissage au-delà de 16 ans. Si dans un délai de trois mois les justifications demandées ne sont pas parvenues à la mutuelle, le bénéficiaire en cause pourra être radié.

Article 6 – Obligation d'exactitude

Le membre participant doit répondre avec exactitude aux renseignements demandés dans les documents de souscription et fournir les justificatifs exigés pour tous les bénéficiaires du contrat.

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'omission ou la fausse déclaration est non intentionnelle :

- si celle-ci est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, la garantie prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue alors au membre participant la portion de cotisation payée 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 le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés

Article 7 – Obligation de déclaration en cas de changement de situation

D'une manière générale, les membres participants doivent signaler à la mutuelle, dans le mois qui suit l'événement, outre un accident causé par un tiers visé à l'article 35 du présent règlement, les changements suivants survenant dans leur situation ou celle de leur ayant droit ou bénéficiaire :

- changement de situation personnelle ou familiale (notamment nouvelle adresse, nouveau numéro de téléphone, droit à la Complémentaire Santé Solidaire, décès, mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, rupture du PACS).

Les changements signalés, qui devront être justifiés, seront éventuellement susceptibles d'entraîner une modification des cotisations à compter de la date de l'événement.

Article 8 – Acquisition de la qualité de membre participant ou d'ayant droit par le mariage

Lorsqu'un membre participant se marie, son (sa) conjoint(e) peut devenir ayant droit ou membre participant, il doit pour cela remplir un bulletin d'adhésion et le présenter aux services administratifs de la mutuelle. Il en sera de même pour un concubin ou une concubine, un Pacsé ou une Pacsée.

Article 9 – Acquisition de la qualité de membre participant par l’ayant droit

Quand un membre participant, à titre individuel ou collectif facultatif, pour quelque raison que ce soit (décès, départ dans un pays étranger ou autres causes imprévues) perd ses droits ou renonce à son statut, l’ayant droit assuré social obligatoire ou volontaire pourra devenir membre participant. Il ne pourra bénéficier de toute la plénitude de ses droits pour la couverture des bénéficiaires à sa charge que dans la mesure où ces mêmes droits lui seront reconnus par la sécurité sociale.

Article 10 – Acquisition de la qualité de membre participant par l’ayant droit en instance de divorce

L’ayant droit en instance de divorce, ou divorcé, peut, sur sa demande devenir membre participant à titre individuel ou collectif facultatif ; il pourra éventuellement couvrir les enfants qui seraient fiscalement à sa charge avec sa propre cotisation familiale. La régularisation de la situation s’effectuera le mois suivant la réception de cette demande.

Article 11 – Acquisition de la qualité d’ayant droit au sein du couple

Lorsque dans une famille l’époux, l’épouse, le (ou la) pacsé(e), le (ou la) concubin(e) sont tous les deux inscrits comme membres participants à titre individuel ou collectif facultatif celui des deux qui désirera passer en catégorie ayant droit le pourra sur sa demande écrite et selon les modalités du contrat du membre participant.

Article 12 – Conservation de la qualité de membre participant en cas de départ de l’entreprise

Tout membre participant à titre individuel ou collectif facultatif, quittant l’entreprise ayant adhéré aux présents statuts et règlement mutualiste conserve la possibilité de rester adhérent sur simple demande écrite adressée à la mutuelle.

Article 13 – Paiement des cotisations par les membres participants

Les membres participants s’engagent au paiement d’une cotisation mensuelle qui est affectée à la couverture des garanties souscrites pour eux-mêmes ainsi que pour leurs ayants droit et assurées directement par la Mutuelle. Les cotisations sont déterminées par le Conseil d’Administration par délégation de l’Assemblée Générale. Elles sont revues, et fixées tous les ans et portées à la connaissance des membres participants par l’intermédiaire de l’avis d’échéance annuelle, selon les conditions prévues à l’article L.221-10-1 du Code de la Mutualité.

Les cotisations sont déterminées en fonction de la garantie choisie et varient avec l’âge et l’ancienneté d’adhésion à la mutuelle.

Article 14 – Paiement des cotisations par les membres honoraires

Les membres honoraires payent une cotisation dont le montant est laissé à leur libre détermination.

Article 15 – Nécessité de paiement des cotisations pour bénéficier des prestations de la mutuelle

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

3 - CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 16 – Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont toujours exigibles et dans tous les cas ; aucune exonération ne pourra être demandée, sauf dispositions particulières prévues au présent règlement. Les cotisations sont perçues chaque mois et d’avance, de la manière suivante :

A) Pour les membres participants salariés des entreprises ayant souscrit un contrat groupe à caractère obligatoire, les cotisations seront retenues sur le bulletin de salaire en fin de mois. Le bulletin de salaire fait foi du paiement des cotisations.

B) Pour tout autre membre participant, elles seront réglées par tout moyen, hors espèces.

Le membre participant à titre individuel ou collectif facultatif qui négligerait de payer régulièrement sa cotisation pourra faire l’objet d’une procédure de suspension des garanties puis de résiliation de l’adhésion prévue à l’article L. 221-7 du Code de la mutualité.

Article 17 – Cotisations indues

En cas de réclamation de cotisations indues, le membre participant se verra appliquer la prescription dérogatoire quinquennale visée à l’article 19 du règlement mutualiste. En toute hypothèse, les membres participants sont priés de vérifier chaque mois les retenues de cotisations effectuées sur leur feuille de paie ou sur leurs relevés bancaires et, le cas échéant, d’adresser immédiatement leurs réclamations aux services administratifs de la mutuelle.

4 – CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 18 – Paiement des prestations

Les prestations sont servies dès la prise d’effet de l’adhésion, sous réserve de l’encaissement effectif de la première cotisation et à condition que la date des soins et la date de survenance des évènements (allocation maternité) soient postérieures à la prise d’effet de l’adhésion. Ne sont pas pris en charge les séjours en établissement hospitalier ou clinique (frais de séjours, forfait journalier, honoraires, chambre particulière...) dont le premier jour se situe avant la date d’effet de l’adhésion. Les prestations garanties sont servies conformément à celles choisies sur le bulletin d’adhésion. Elles sont limitées aux frais réellement engagés, en tenant compte de l’intervention du régime obligatoire et de tout autre organisme complémentaire dont bénéficie également l’adhérent.

Sont pris en charge par la mutuelle, en fonction des garanties et limites précisées au descriptif de la garantie choisie, les frais de soins de santé ayant donné lieu à remboursement préalable par le régime obligatoire d’assurance maladie. Sont également couvertes les prestations ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime d’assurance maladie obligatoire et indiquées expressément au descriptif de la garantie choisie. Pour ces prestations, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

Sont exclus :

- Les frais de soins qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,

- Les frais au titre de l'hospitalisation dans les centres tels que les établissements et services de gériatrie hébergeant des personnes âgées dépendante (EHPAD), les établissements de long séjours type maisons de retraite ou unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers, des hospices. - Les maladies, infirmités et blessures résultant d'une faute intentionnelle de l'assuré ou de l'un de ses ayants droit.

Lorsqu'un membre participant fait adhérer un ayant droit (mariage, concubinage ou PACS) les droits des bénéficiaires sont ouverts immédiatement pour tout risque dont le premier acte médical ne sera pas antérieur à la date de l'adjonction. Tout enfant naissant d'un membre participant, devra obligatoirement être signalé aux services administratifs de la mutuelle par un bulletin de naissance dans le plus bref délai. Les droits de l'enfant seront ouverts immédiatement.

Article 19 – Prescription

Toutes les actions dérivant de l'adhésion au présent règlement, sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. En particulier, les demandes de remboursements doivent parvenir à la mutuelle dans un délai de deux ans à compter du remboursement sécurité sociale ou de la survenance de l'évènement donnant lieu à la prestation.

Tout relevé de prestations payées par la sécurité sociale depuis plus de deux ans ne sera pas remboursé par la mutuelle.

Ce délai court:

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

Dans le cas où l'ayant droit ou le bénéficiaire est mineur ou majeur placé sous régime de protection légale, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique. De plus, quand l'action du membre participant (ou ayant droit ou bénéficiaire) contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est porté à cinq ans en cas de cotisations payées à tort par le membre participant ou de prestations indument versées par la mutuelle. Le point de départ de la prescription est alors fixé à la date de paiement ou, en cas de fraude, à la date de sa découverte. La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil, soit :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- Citation en justice (même en référé),
- Un acte d'exécution forcée tel qu'un commandement

ou une saisie, signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

La prescription est également interrompue, conformément aux termes de l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, en cas de :

- Désignation d'expert(s) à la suite d'un sinistre,
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la mutuelle à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la cotisation, par l'assuré à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

En application de l'article L.221-12-1 du Code de la mutualité et par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 20 – Modalités de paiement des prestations

Les prestations pour lesquelles la mutuelle a délivré des prises en charge seront payées directement par les soins du service administratif aux spécialistes et établissements ayant signé les conventions passées avec la mutuelle et accepté ce mode de paiement.

Article 21 – Conditions de remboursement

Sauf dans les cas de tiers payant intégral permettant à la mutuelle de s'acquitter directement de la totalité des frais engagés, par le membre participant ou ses ayants droit et dans les limites prévues au présent règlement, la mutuelle n'intervient qu'après la participation de la caisse d'assurance maladie dont relève l'adhérent. Les remboursements des frais des soins sont alors effectués par la mutuelle au vu des documents transmis par la caisse de sécurité sociale et/ou par le professionnel de santé dans les hypothèses de télétransmission. A défaut de télétransmission, les remboursements sont effectués sur présentation d'un décompte de sécurité sociale accompagné selon les options et les prestations, d'une prescription médicale.

Article 22 – Limite de remboursements

La mutuelle décline toute responsabilité et n'effectuera aucun règlement concernant des opérations pour lesquelles une prise en charge de la mutuelle aurait été utilisée, alors même que l'intéressé n'aurait pas d'ouverture de droits par le régime de sécurité sociale.

Article 23 – Obligation d'information du membre participant

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification du présent règlement sont portés à la connaissance de chaque membre participant, notamment par courrier simple, par mail, ou le site web de la mutuelle (<https://www.mutaero.net>). De plus, les modifications relatives aux montants ou taux de cotisations sont récapitulées dans l'avis d'échéance annuel que le membre participant reçoit, en fin d'année, au titre de l'année suivante.

5 - CONDITIONS DE DÉMISSION, RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION

Article 24 – Démission, résiliation

La démission est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception au Président de la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre (soit au plus tard le 30 octobre pour le 31 décembre). Elle ne dispense pas du paiement de la cotisation jusqu'à la fin de l'année civile. Elle peut également intervenir à l'issue d'un délai de 20 jours à compter de l'envoi de l'avis d'échéance annuel spécifiant des modifications de garanties et/ou de cotisations conformément à l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité lorsque ledit avis est adressé après le 15 octobre.

Enfin, dans le cas où l'adhérent au règlement tacitement reconductible compte au moins une année d'adhésion, sa demande de résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification même si elle ne respecte pas le délai précité, ne comporte aucun fondement ou repose sur un motif juridique erroné. La demande de résiliation est transmise par le membre participant au nouvel organisme d'assurance choisi sur support papier ou tout autre support durable. Le nouvel organisme d'assurance choisi en informe alors la Mutuelle par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui adresse au membre participant un avis de dénonciation. L'adhérent est remboursé du solde des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation, conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité.

La démission et la résiliation ne dispensent pas du paiement de la cotisation pour la période pendant laquelle le risque continue de courir jusqu'à leur date d'effet.

Article 25 – Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles l'article 7 des présents statuts subordonne l'adhésion. Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations dans les 40 jours suivant la réception de la mise en demeure leur demandant le règlement des cotisations arrivées à échéance.

Article 26 – Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté, conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité. Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration par lettre recommandée avec accusé de réception pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être néanmoins prononcée par le Conseil d'Administration.

Article 27 – Conséquences de la démission, de la résiliation, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation, la résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations

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

6 – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

Section 1 – Prestations accordées par la mutuelle

Article 28 – Engagements de Mutaero

La mutuelle s'engage en faveur de l'amélioration des remboursements de frais de santé insuffisamment ou pas remboursées par la sécurité sociale tout en valorisant le réseau mutualiste et conventionné et en participant à la maîtrise des dépenses de santé. Les prestations sont définies et déclinées dans le tableau de garanties adressé chaque année aux adhérents.

Article 29 – Contrat responsable

Les prestations maladie sont servies dans le respect des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale relatives au contrat responsable. Dans le cadre des contrats responsables, la mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire d'un euro pour consultation et actes médicaux dispensés par des médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie, et la franchise annuelle visée par l'article L. 322-2 du Code de sécurité sociale.

- La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant (article 7 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004).

- Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant (article 8 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004).

- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au professionnel au dossier médical personnel (article 3 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004).

- Le ticket modérateur en cas de non-présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée (article 6 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004).

Les garanties respectent l'ensemble des règles du contrat responsable, sauf dispositions particulières expressément prévues aux dites garanties.

Les montants et pourcentages communiqués dans le tableau des garanties sont fixés en application de la législation en vigueur à la date des soins, tarif conventionnel ou tarif de responsabilité ou tarif d'autorité. Les membres participants et ayants droits bénéficient des prestations.

Article 30 – Action et Fonds d'action sociale

Les prestations accordées revêtent un caractère accessoire. Elles sont délivrées de façon exceptionnelle et sous conditions définies par la Commission d'Action Sociale et Prévention, et approuvées par le Conseil d'Administration. Un fonds d'action sociale est créé dans le but d'aider à titre exceptionnel les membres participants et leurs ayants droit. Les sommes destinées à alimenter ce fonds

sont votées lors de l'établissement du budget annuel de la Mutuelle et approuvées en Assemblée Générale.

L'octroi des aides relève de la compétence de la Commission d'Action Sociale et Prévention qui a reçu délégation du Conseil d'Administration. Cette commission intervient dans le cadre du règlement intérieur approuvé par le Conseil d'Administration.

Article 31 – Allocation maternité

Une allocation maternité dont le montant est déterminé par la Commission Sociale selon le contrat santé de l'adhérent pour chaque naissance d'un enfant ayant droit du membre participant. Cette allocation égale à un pourcentage du forfait accouchement simple (ou gémellaire) prévu à la nomenclature sécurité sociale peut être versée au membre participant, pour venir en aide au règlement des éléments de confort. Le versement de l'allocation maternité est conditionné par la déclaration de(s) enfant(s) en qualité d'ayants droit et par le solde suffisant du budget de l'action sociale.

Article 32 – Reste à charge

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Article 33 – Changement de garantie

L'adhésion à la mutuelle est annuelle. L'engagement du mutualiste dans une garantie spécifique s'entend pour l'année civile. Le changement de garantie peut s'effectuer en cours d'année, il engage l'adhérent dans la nouvelle garantie pour une année. La demande de changement de garantie ne pourra intervenir moins de 12 mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de garantie. L'adhésion est renouvelable par tacite reconduction pour une nouvelle période de 12 mois conformément aux dispositions de la loi n°2005- 67 du 28 janvier 2005 dite « Loi Châtel ».

Section 2 – Subrogation

Article 34 – Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. L'adhérent ou l'un de ses ayants-droits doit faire une déclaration d'accident à sa mutuelle le plus rapidement possible.

Article 35 – Informatique et liberté

Conformément au Règlement européen sur les données personnelles n° 2016/679 du 27 avril 2016 applicable le 25 mai 2018 complétant la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, la mutuelle est responsable du traitement de l'ensemble des opérations d'assurances et activités annexes pour lesquelles elle intervient comme acteur économique et doit tenir un registre ou une documentation interne complète recensant tous les traitements de données personnelles. Les données relatives aux membres participants et honoraires constituent des informations personnelles nominatives et sont protégées à ce titre par les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relatives à l'informatique, aux fichiers et libertés.

La Mutuelle veille à ce que les membres participants consentent de manière claire et non équivoque, préalablement à l'adhésion, à la collecte puis au traitement de leurs données personnelles. La Mutuelle les informe de la finalité et de la base juridique du traitement (*caractère réglementaire ou contractuel*), des destinataires identifiés des données, de la durée de conservation des données et des modalités d'exercice des droits des adhérents concernés par le traitement à savoir, le droit d'accès, le droit de rectification et d'opposition, le droit à la portabilité des données en cas de changement d'organisme d'assurance ainsi que le droit à l'oubli qui peuvent être adresser, accompagner d'une copie du titre d'identité, à l'adresse suivante : MUTAERO - 34 bvd Riquet - CS 21504 31015 TOULOUSE cedex 6. La mutuelle met en place des procédures internes permettant d'assurer la protection des données dès la conception des traitements. Elle met en place un dispositif lui permettant de notifier à la CNIL la survenance d'une violation des données engendrant un risque pour les droits et libertés des personnes physiques. Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle, conformément à son objet. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une utilisation, d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. La Mutuelle s'engage à respecter toutes les obligations de cette loi et à ne pas utiliser les fichiers à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur les traitements des données dans les différents dispositifs identifiés par la Mutuelle, il est possible de prendre contact avec le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@mutaero.net.

Si vous estimez, après avoir pris contact avec la Mutuelle, que vos droits «informatique et Libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Le Président
François CODINE



 **mutaero**
vous respirez la santé

Le Vice-Président délégué
à la Vie Mutualiste
Gérard CAMACHO



MUTAERO - 34 Bd Riquet – CS 21504 - 31015 Toulouse cedex 6
Site : www.mutaero.net

