



RÈGLEMENT

DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

Opérations Individuelles



des
marques de **COMPLÉVIE**

Sommaire

Chapitre 1 - OBJET DU RÈGLEMENT ET CONDITIONS D'ADHÉSION AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	4
Article 1 - Objet du règlement	4
Article 2 - Définitions	4
Article 3 - Conditions d'adhésion au régime complémentaire santé	5
Article 4 - Ayant Droit	5
Article 5 - Formalités d'adhésion au régime	5
Article 6 - Vente à distance - délai de renonciation	5
Chapitre 2 - EFFET, DURÉE, DÉNONCIATION DE L'ADHÉSION	5
Article 7 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion	5
Article 8 - Dénonciation de l'adhésion	5
Article 9 - Cessation des garanties	6
Chapitre 3 - GARANTIE DU RÉGIME	6
Article 10 - Définition de la garantie	6
Article 11 - Etendue de la garantie, option et changement d'option	6
Article 12 - Limitation aux frais réels	6
Article 13 - Exclusions	6
Article 14 - Prise d'effet de la garantie	7
Article 15 - Liquidation des prestations	7
Article 16 - Paiement des prestations	7
Article 17 - Evolution de l'assurance maladie	7
Article 18 - Territorialité	7
Article 19 - Répétition de l'indu	7
Chapitre 4 - COTISATIONS	7
Article 20 - Paiement des cotisations	7
Article 21 - Modification des cotisations	8
Article 22 - Restitution de cotisation en cas de résiliation de l'adhésion	8
Article 23 - Décès en cours d'année	8
Chapitre 5 - DÉCLARATIONS ET ENGAGEMENTS DE L'ADHÉRENT	8
Article 24 - Obligations de l'adhérent	8
Article 25 - Subrogation	8
Article 26 - Pluralité d'assurance	8
Chapitre 6 - CONTRÔLE, FORCLUSION, PRESCRIPTION	8
Article 27 - Contrôle	8
Article 28 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte de l'adhérent	8
Article 29 - Prescription et forclusion	9
Chapitre 7 - DIVERS	9
Article 30 - Réclamation	9
Article 31 - Voie de recours - Conciliation	9
Article 32 - Autorité chargée du contrôle	9
Article 33 - Informatique et libertés	9
Article 34 - Dispositions spécifiques des garanties accessoires en inclusion	9

Article 1 - Objet du règlement

Le présent règlement, régi par le Code de la Mutualité (annexe à l'ordonnance n° 2001-305 du 19 avril 2001 et des textes législatifs qui l'ont modifiée), détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime individuel complémentaire santé et définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque adhérent et COMPLÉVIE.

Le présent règlement complète les statuts de COMPLÉVIE. Il est composé des éléments indivisibles suivants :

- Les présentes conditions,
- les conditions figurant sur le bulletin individuel d'adhésion,
- les mentions figurant au tableau descriptif des garanties.

Le règlement est adopté par l'Assemblée Générale de COMPLÉVIE.

Le caractère reposable ou non reposable des garanties est mentionné dans les grilles de garanties.

Pour les contrats responsables :

Les prestations de remboursement des frais de soins des garanties mentionnées au tableau descriptif (à l'exception de la formule hospitalisation si cette formule est distribuée par COMPLÉVIE) sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale, articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code, sauf mentions contraires spécifiques de la grille de garanties. A ce titre la Mutuelle prend en charge :

- Le ticket modérateur (soit 100 % de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire) sauf pour les médicaments à SMR modéré (30 %) et insuffisant (15 %), l'homéopathie et les cures thermales,
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R. 160-5 du Code de la Sécurité Sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée,
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% Santé » pour l'optique, le dentaire et l'auditif (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% Santé.

Plus généralement, le contrat garantit tous les actes inhérents au contrat responsable.

Le contrat encadre certaines prestations :

- Les dépassements d'honoraires des médecins : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire est non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou dispositif de pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO). Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100 % de la Base de Remboursement Sécurité Sociale (BR) et doit être inférieure d'au moins 20 % de la BR à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- La prise en charge en optique au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Le remboursement de la monture est limité à 100 euros. La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement anticipé est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ainsi que dans certaines situations médicales particulières.

- La prise en charge en audioprothèses au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tel que précisé par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Les garanties et les niveaux de remboursement seront adaptés à toutes les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Au titre de la législation des contrats responsables, le présent contrat ne prend pas en charge :

- La majoration de participation mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale est laissée à la charge de l'assuré et de ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans des cas autres que ceux autorisés par la loi et la réglementation.
- La totalité des dépassements d'honoraires dès que les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par la loi et la réglementation.
- La participation forfaitaire visée à l'article L.322-2-II du Code de la Sécurité Sociale ni les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13, II et III du Code de la Sécurité Sociale.

Les interdictions de prise en charge mentionnées ci-dessus sont aussi applicables aux garanties non responsables.

Article 2 - Définitions

Adhérent : la personne physique signataire du bulletin d'adhésion, membre participant de COMPLÉVIE, et acquittant les cotisations.

Assuré : la personne exposée aux événements garantis par le régime.

Ayant droit : la personne dénommée par les statuts de COMPLÉVIE et bénéficiant des prestations du régime à la demande de l'adhérent.

Bénéficiaire : l'adhérent lui-même et/ou les ayants droit habilités à percevoir les prestations garanties.

Délai d'attente : période s'écoulant de la date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'à la prise d'effet d'une prestation garantie au cours de laquelle l'engagement d'une dépense de santé n'est pas indemnisée au titre du régime. La durée du délai d'attente est le cas échéant mentionnée au tableau des prestations.

Plafond de garantie : montant maximum de prestations pouvant être perçu par un assuré par année civile et tel que défini au tableau des prestations.

Plancher de garantie : montant minimum de prestations, selon les actes, basé sur la prise en charge du ticket modérateur, conformément à la réglementation du contrat responsable.

Mutuelle : COMPLÉVIE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, garantissant les prestations du régime, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 780 716 197.

Article 3 - Conditions d'adhésion au régime complémentaire santé

L'adhésion est réservée aux personnes physiques affiliées à un régime de Sécurité Sociale Français.

Article 4 - Ayant Droit

Sont considérés comme ayants droit bénéficiaires :

→ Le conjoint du membre participant, ou la personne ayant conclu avec le membre participant un contrat relevant du régime juridique du Pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code Civil, ou la personne entretenant avec le membre participant un concubinage notoire et constant, pouvant justifier d'une résidence principale commune. Le nom de l'ayant droit es-qualité est mentionné sur le bulletin individuel d'adhésion.

→ Les enfants à charge de l'adhérent et de son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS.

Sont réputés à charge de l'adhérent, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation :

→ Les enfants jusqu'à leur 21^e anniversaire (sans justificatif), quelle que soit leur situation (salariés ou non).

→ Les enfants jusqu'à leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sur présentation d'un justificatif.

→ Les enfants quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap, défini à l'article L. 241-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

Article 5 - Formalités d'adhésion au régime

L'adhésion doit être demandée à l'aide du bulletin d'adhésion prévu à cet effet, sur lequel l'adhérent mentionne la garantie et l'option choisies.

En cas d'acceptation de l'adhésion, l'adhérent et ses ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion acquièrent la qualité d'assuré.

L'acceptation de l'adhésion par COMPLÉVIE est matérialisée par l'envoi d'une carte mentionnant la date de prise d'effet des garanties, les services de tiers payant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations et les garanties complémentaires dont il(s) bénéficie(nt) le cas échéant.

Article 6 - Vente à distance - délai de renonciation

En cas d'adhésion dans le cadre d'une vente à distance, l'adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la date de prise d'effet de son adhésion.

La renonciation s'exerce par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au siège de COMPLÉVIE, 6 Rue Saint Nicolas - 14000 CAEN, selon le modèle suivant :

Date de souscription : ... / ... /

N° d'adhérent: 0000

Nom et prénom de l'adhérent :

Adresse postale de l'adhérent :

Nom et niveau de la garantie souscrite :

COMPLÉVIE
6 Rue Saint Nicolas
CS 85047
14050 CAEN CEDEX 4

Monsieur le Directeur,

Je vous confirme par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance santé référencé ci-dessus, conformément à l'Article L 221-18 II du Code de la Mutualité.

J'ai adhéré à distance à cette garantie le ... / ... /

Par conséquent, je vous prie de bien vouloir me rembourser les cotisations déjà versées dans le délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre, à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée, et pour ma part, je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Je joins à cet envoi les cartes mutualistes de tiers-payant qui m'ont été adressées.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.

Fait à ,
le ... / ... /

Signature:

COMPLÉVIE rembourse la(les) cotisation(s) versée(s) (à l'exception de celles(s) correspondant à la période de garantie déjà écoulée) dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

En cas de commencement d'exécution du contrat à l'initiative de l'adhérent pendant cette période, les éventuelles dépenses de soins remboursées par la mutuelle seront déduites des cotisations versées.

En cas d'exercice de la faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la lettre recommandée.

Chapitre 2 : EFFET, DURÉE, DÉNONCIATION DE L'ADHÉSION

Article 7 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

La date d'adhésion est celle mentionnée sur le bulletin d'adhésion pour une période expirant le 31 décembre de la même année. L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction sauf en cas de dénonciation.

Par défaut, l'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du dossier d'adhésion.

Si l'adhésion ou la radiation du contrat est faite en cours de mois, la cotisation est alors proratisée au trentième.

La cotisation d'un nouvel enfant est exigible le jour de sa naissance. La couverture est gratuite à compter du troisième enfant couvert.

Article 8 - Dénonciation de l'adhésion

La dénonciation prend effet un mois plus un jour après la date d'envoi ou de présentation de la demande.

8.1 La demande de résiliation peut être adressée par lettre, par tout autre support durable, ou encore par tout autre moyen visé à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, adressé au siège social de la Mutuelle, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle fixée au 31 décembre de chaque année.

8.2 La résiliation peut être exercée conformément aux dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité :

Lorsque l'avis d'échéance annuel est adressé moins de quinze jours avant le 31 octobre ou lorsqu'il est adressé après cette date, l'adhérent dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'échéancier pour dénoncer la reconduction (loi Châtel). Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

8.3 La résiliation de l'adhérent peut aussi intervenir à tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, sans frais ni pénalité, sans qu'il soit nécessaire d'en préciser le motif.

La notification de cette résiliation se fait au choix de l'adhérent :

- soit par lettre ou tout autre support durable,
- soit par déclaration au siège social ou à l'une des agences de la Mutuelle,
- soit par acte extra-judiciaire,
- soit par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion.

La dénonciation prend effet un mois plus un jour après la date d'envoi ou de présentation de la demande.

8.4 Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsque la garantie des risques existants dans la situation antérieure ne se retrouve plus dans la situation nouvelle par suite d'un changement de situation familiale, matrimoniale ou professionnelle.

La résiliation prend effet un mois après réception de la notification de l'adhérent.

8.5 La dénonciation par la Mutuelle peut être prononcée :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 20,
- en cas de nullité de l'assurance dans les conditions prévues à l'article 29.

Article 9 - Cessation des garanties

9.1 La dénonciation de l'adhésion opérée conformément à l'article 8.1 intervient au 31 décembre de l'exercice considéré et l'adhérent ainsi que ses ayants droit cessent d'être assurés au terme de la période d'assurance.

La dénonciation intervenue dans les situations mentionnées à l'article 8.2, 8.3 et 8.4 s'exerce en cours d'exercice.

A la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, **la garantie cesse**.

Les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, ne sont pas prises en charge par COMPLÉVIE.

9.2 En cas de décès du membre participant, l'ayant droit est inscrit comme membre participant, et bénéficie des mêmes garanties sans délai de stage.

9.3 COMPLÉVIE reste engagée pour les dépenses de santé dont la date des actes, soins, prescriptions est antérieure à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion et ce jusqu'à leur liquidation complète **sous réserve que les pièces justificatives de ces dépenses soient adressées dans les 24 mois suivant cette même date**.

9.4 Les cotisations versées pour la période pendant laquelle le risque n'a pas couru sont remboursées selon les dispositions de l'article L221-17 du Code de la Mutualité.

Chapitre 3 : GARANTIE DU RÉGIME

Article 10 - Définition de la garantie

La garantie a pour objet de rembourser, pendant la période de garantie, en tout ou partie, le cas échéant, les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examens de laboratoire, de prothèses et d'appareillages **restant à la charge de l'adhérent après intervention du régime obligatoire de Sécurité Sociale**. Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime de Sécurité Sociale pris en considération, sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescriptions.

Article 11 - Etendue de la garantie, option et changement d'option

11.1 La nature et le montant des prestations garanties sont définis au bulletin d'adhésion.

Certaines prestations peuvent prévoir un **délai d'attente** et/ou comporter un **plancher garanti**.

11.2 L'adhérent peut solliciter un changement d'option parmi les formules de prestations en vigueur au moment de la demande. Le changement d'option s'effectue au 1er du mois suivant la réception de la demande sous réserve qu'à cette date, l'adhésion à l'option précédente ait duré au moins 12 mois. L'adhérent devra rester au minimum 12 mois sur ce niveau de garantie.

Article 12 - Limitation aux frais réels

Principe Indemnitare

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 13 - Exclusions

Sont exclus :

- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les actes ou prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescriptions de la Sécurité Sociale et les actes ou prescriptions figurant aux nomenclatures des actes et prescriptions de la Sécurité Sociale mais ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par celle-ci,
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les actes et les soins dispensés par des praticiens non conventionnés,
- Les frais de séjour et les honoraires afférents à des hospitalisations médicales et chirurgicales dans des établissements hospitaliers non conventionnés, les frais de séjour et les honoraires au titre de la maternité dans des hôpitaux et cliniques non conventionnés,
- Les frais afférents à des hospitalisations dites de long séjour,
- Les frais relatifs aux séjours en établissements de convalescence, de repos ou de rééducation non consécutifs à une hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- Les frais relatifs aux séjours en établissements médico-pédagogiques et médico-sociaux,
- Les hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés,

→ Les traitements ayant un but esthétique ou de rajeunissement et leurs conséquences éventuelles, les cures d'amaigrissement, de sommeil et les séjours en établissement diététique, maisons de retraite et hospices,

→ Les frais engagés pour des cures thermales non prises en charge par la Sécurité Sociale.

En conformité avec la législation en vigueur relative aux contrats responsables, sont exclus :

→ La participation forfaitaire d'1€ mentionnée au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale,

→ La majoration de participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul des prestations de la Sécurité Sociale prévue aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale (majoration du ticket modérateur si l'assuré consulte en dehors du parcours de soins),

→ Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (si l'assuré consulte certains spécialistes en dehors du parcours de soins).

Les exclusions mentionnées ci-dessus sont aussi applicables aux garanties non responsables.

Article 14 - Prise d'effet de la garantie et ouverture des droits

14.1 La garantie est acquise à la date de prise d'effet de l'adhésion. Toutefois certains actes font l'objet d'un délai d'attente ainsi qu'il est précisé au tableau des prestations garanties.

14.2 Pour pouvoir bénéficier des prestations y compris dans le cadre du tiers payant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements engagés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations ne sont pas remboursés par la mutuelle, à l'exception pour la partie des soins ou hospitalisations postérieure à l'adhésion.

Article 15 - Liquidation des prestations

Le versement des prestations est adressé directement à l'adhérent, après échange de données informatisées entre organismes sociaux ou sur présentation des **décomptes originaux** délivrés par le régime de Sécurité Sociale et, le cas échéant, des **pièces originales** justificatives ci-après mentionnées.

15.1 Pour le remboursement des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime de Sécurité Sociale en cas de dépassement des bases de remboursement de la Sécurité Sociale ou du tarif d'autorité dans le cas où il est prévu à la garantie et hors les cas prévus au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale :

→ Pour les soins médicaux et chirurgicaux : les décomptes de la Sécurité Sociale.

→ Pour les actes de biologie et de radiologie : les décomptes de la Sécurité Sociale.

→ Pour les frais d'optique, les prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie faciale prises en charge par la Sécurité Sociale : le décompte de la Sécurité Sociale et la facture acquittée.

→ Pour les frais d'appareillage dans le cas où cette prestation est prévue à la garantie à laquelle l'adhérent a adhéré : la facture originale acquittée du fournisseur.

→ Pour les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : la facturation détaillée et acquittée de l'établissement hospitalier.

→ Pour les dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier) et les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé dans le cas où ces prestations sont prévues à la garantie : la facture détaillée et acquittée de l'établissement hospitalier,

→ Pour les cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale : la facture acquittée de l'établissement de cure et le décompte de la Sécurité Sociale.

15.2 Pour la prise en charge des prestations ne donnant pas lieu à un remboursement par le régime de la Sécurité Sociale dans le cas où elles sont prévues à la garantie :

- Toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé (facture d'ostéopathe, de chiropracteur...),

- Notification du refus opposé par le régime de la Sécurité Sociale si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.

Article 16 - Paiement des prestations

Les prestations sont payées par COMPLÉVIE à l'adhérent, par virement sur un compte bancaire ou postal.

Article 17 - Evolution de l'assurance maladie

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la Sécurité Sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et des produits médicaux, COMPLÉVIE peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

Article 18 - Territorialité

- Les soins couverts par les garanties de la Mutuelle doivent avoir été effectués en France. Les cotisations et les prestations sont versées en euros. Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ouverts en France.

- Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les sinistres ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire ou celui de vos ayants droit ou par la caisse des Français de l'Étranger. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français (notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux) pour le type d'actes ou des soins dont a bénéficié la personne.

En aucun cas, l'adhérent ne peut demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où les soins ont eu lieu.

Article 19 - Répétition de l'indu

Les prestations versées à tort par la Mutuelle font l'objet d'actions à répétition dans les conditions prévues aux articles 1235 et 1376 et suivants du Code Civil, dans les 2 années qui suivent leur versement. Le membre participant est donc tenu de restituer ces sommes à la Mutuelle.

Chapitre 4 : COTISATIONS

Article 20 - Paiement des cotisations

20.1 L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation annuelle

Elle est payable d'avance, par fractionnement mensuel, trimestriel ou semestriel par chèque ou par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal ouvert en France.

20.2 A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les **10 jours de son échéance périodique**, et indépendamment du droit de COMPLÉVIE 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 fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration du délai de trente jours prévu ci-avant.

COMPLÉVIE adresse à l'adhérent une mise en demeure l'informant **qu'au terme d'une période de 40 jours** à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraîne **la résiliation de plein droit de la garantie**.

20.3 La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à COMPLÉVIE les cotisations arriérées 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 l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

20.4 En cas d'envoi de mise en demeure, COMPLÉVIE pourra facturer une somme forfaitaire dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

De même, en cas d'impayé d'un prélèvement bancaire, les frais de rejet bancaire restent à la charge de l'adhérent.

Article 21 - Modifications des cotisations

21.1 COMPLÉVIE peut réévaluer, sur décision de l'Assemblée Générale annuelle, le montant des cotisations notamment en fonction des résultats techniques du régime et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du régime de Sécurité Sociale, COMPLÉVIE peut être amenée en cours d'année à procéder à une réactualisation des cotisations.

21.2 Le montant des cotisations annuelles peut évoluer en raison du changement d'âge de l'adhérent conformément au tableau des cotisations remis à l'adhésion. Le changement d'âge est appliqué au 1er janvier d'un exercice. Il est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée.

Article 22 - Restitution de cotisation en cas de résiliation de l'adhésion

En cas de résiliation de l'adhésion à la demande de l'adhérent, la mutuelle rembourse le cas échéant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Le remboursement devra être effectué dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la résiliation ou de la dénonciation. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

Article 23 - Décès en cours d'année

En cas de décès de l'adhérent ou d'un ayant-droit, COMPLÉVIE rembourse à l'adhérent le montant des cotisations payé d'avance au prorata temporis des mois d'assurance non courus, à compter du premier jour du mois suivant la date de décès.

Chapitre 5 : DÉCLARATIONS ET ENGAGEMENTS DE L'ADHÉRENT

Article 24 - Obligations de l'adhérent

L'adhérent s'engage :

- **A informer COMPLÉVIE** de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers en application de l'article 25,
- **A informer COMPLÉVIE**, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent régime (article 26),
- **A régler à COMPLÉVIE**, les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées au présent régime (article 20),
- **A restituer** la carte de tiers-payant qui lui a été remise par la mutuelle, en cas de dénonciation de son adhésion.

Article 25 - Subrogation

COMPLÉVIE est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que COMPLÉVIE 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 et correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément à moins que les prestations versées n'indemnisent 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.

Article 26 - Pluralité d'assurance

Les prestations de même nature contractées auprès de plusieurs organismes d'assurance produisent leurs effets dans la limite de chaque prestation quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Chapitre 6 : CONTRÔLE, FORCLUSION ET PRESCRIPTION

Article 27 - Contrôle

COMPLÉVIE peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les assurés. Les décisions prises à l'issue des contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre explicative.

Article 28 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte de l'adhérent

28.1 Réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour COMPLÉVIE, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la **nullité de l'adhésion**.

L'adhérent est déchu de tout droit aux prestations. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à COMPLÉVIE qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, COMPLÉVIE en poursuit le recouvrement.

28.2 Omission ou déclaration inexacte de l'adhérent

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 prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute résiliation du risque, COMPLÉVIE a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après la notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. COMPLÉVIE restituée à l'adhérent, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

Article 29 - Prescription et forclusion

Toutes actions dérivant du régime sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où COMPLÉVIE en a eu connaissance,
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Lorsque l'adhérent (ou un ayant droit) est mineur ou incapable majeur, le délai visé ci-dessus ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Pour être recevable, toute **réclamation** portant sur le paiement ou le refus de paiement d'une prestation doit parvenir à COMPLÉVIE **dans les deux ans à compter du paiement ou de la décision de refus contesté.**

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (action en justice, reconnaissance du droit contre celui contre lequel on prescrit) et 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 avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit de la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Chapitre 7 : DIVERS

Article 30 - Réclamation

Pour toute réclamation relative à la gestion des cotisations et des prestations, l'assuré doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications. Si l'assuré ne reçoit pas de réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite par courrier postal (mentionnant les références du dossier concerné et accompagné d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à COMPLÉVIE - Gestion des réclamations - 6 Rue Saint Nicolas - CS 85047 - 14050 Caen Cedex 4.

Article 31 - Voie de recours - Conciliation

Si la réponse ne convient pas et si le différend concerne l'application des règlements mutualistes, une demande de conciliation peut être complétée sur le site internet de la mutuelle.

Cette demande co-signée avec COMPLÉVIE exposera les faits et griefs et devra être adressée à :

Comité des sages ADPM
Service de Conciliation
32 avenue Georges Clémenceau
34000 MONTPELLIER

Nous vous précisons cependant que le médiateur ne peut être saisi qu'après que le service réclamations ait apporté une réponse, et uniquement préalablement à toute action judiciaire relative au litige.

Article 32 - Autorité chargée du contrôle

La Mutuelle est soumise, conformément au Livre V du Code de la Mutualité et dans les conditions prévues au chapitre II du titre I^{er} du Livre VI du Code Monétaire et Financier, au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Les adhérents peuvent également s'adresser directement au service responsable de la protection de la clientèle au sein de cette Autorité : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Rue de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 9.

Article 33 - Informatique et libertés

Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, le membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après son décès, en adressant une demande au Délégué à la Protection des Données COMPLÉVIE (N° DPO-3768) soit par lettre simple à l'adresse du siège de la Mutuelle : COMPLÉVIE - 6 Rue Saint Nicolas - CS 85047 - 14050 Caen Cedex 4 soit par courrier électronique à l'adresse suivante dpo@complevie.fr.

Article 34 - Dispositions spécifiques aux garanties accessoires en inclusion

34.1 Une garantie d'assistance peut être incluse dans certaines garanties proposées par la Mutuelle. Elle consiste dans le reversement, à un prestataire de service, d'une cotisation destinée à la prise en charge de cette assistance selon les clauses du contrat souscrit au profit des bénéficiaires concernés. Le prestataire de service assure intégralement la responsabilité de sa mise en oeuvre.

Une information est remise à l'adhérent lors de l'adhésion au présent régime lors de son entrée en garantie.

34.2 Les garanties facultatives «capital décès» et «prime de naissance», en inclusion dans la garantie santé, sont assurées par l'Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (UNMI), union soumise aux dispositions de Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 784 718 207 et dont le siège social est situé 50 Avenue Daumesnil - 75012 PARIS.

La garantie capital décès a pour objet le versement d'un capital décès dont le montant varie selon la garantie souscrite en cas de décès de l'assuré survenu pendant la période de garantie.

La garantie prime de naissance a pour objet le versement à l'assuré d'une prime de naissance dont le montant varie selon la garantie souscrite en cas de naissance d'un enfant ou d'adoption plénière survenue pendant la période de garantie.

