

TITRE I

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Article 1 : définition – modifications – information

Le présent règlement HOSPICONFORT, qui a valeur de contrat, a pour objet de définir les droits et obligations respectifs de la mutuelle et du membre participant découlant de la souscription de garanties en cas d'hospitalisation, auprès de Tutélaire, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 682 164, dont le siège social est 45, rue Eugène Oudiné – 75013 Paris.

Ce règlement est modifiable par le conseil d'administration de la mutuelle dans le respect des règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles fixées par l'assemblée générale, conformément aux dispositions prévues à l'article 34 des statuts.

Les modifications du présent règlement et des statuts de la mutuelle sont portées à la connaissance du membre participant ou honoraire. Leur notification peut prendre la forme d'une parution dans l'organe officiel de la mutuelle. Toute modification des prestations définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations fait l'objet d'une notification au membre participant ou honoraire. Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent règlement et sous réserve des dispositions prévues au 3^e alinéa de l'article 27 du présent règlement, toutes les modifications notifiées s'appliquent à l'ensemble des contrats en cours dès leur notification.

Article 2 : acceptation des statuts et du règlement

Dans le respect des conditions définies aux articles 5 et 6 des statuts, la souscription du contrat HOSPICONFORT vaut adhésion individuelle à la mutuelle et emporte acceptation desdits statuts et du présent règlement par le membre participant.

Article 3 : garantie principale – garanties optionnelles

Sous réserve des conditions qu'il prévoit, le règlement HOSPICONFORT a pour objet le versement aux membres participants et leurs ayants droit d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation au titre de garanties principale ou optionnelles, plus amplement définies aux articles 23 et 24 :

- garantie principale :
 - hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie y compris l'hospitalisation ambulatoire.
- garanties optionnelles :
 - hospitalisation complète en soins de suite ou de réadaptation.
 - hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie.
 - hospitalisation partielle en soins de suite ou de réadaptation.

Article 4 : groupes de membres participants

Les membres participants se répartissent en 2 groupes :

- 1^{er} groupe : les personnes physiques âgées de 16 ans et plus ayant souscrit un contrat HOSPICONFORT en leur nom propre ;
- 2^e groupe : les enfants de membre participant du 1^{er} groupe tel que défini ci-dessus, âgés de moins de 27 ans et n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée.

Article 5 : changement de groupe

Le membre participant du 2^e groupe s'engage à signaler immédiatement à la mutuelle toute modification de nature professionnelle susceptible de provoquer son rattachement au 1^{er} groupe. Le membre participant du 2^e groupe qui atteint l'âge de 27 ans est rattaché d'office au 1^{er} groupe.

La date d'effet du rattachement d'un membre participant du 2^e groupe au 1^{er} groupe est :

- la première date de renouvellement du contrat suivant le signalement de la modification de nature professionnelle justifiant le changement de groupe, si ce signalement intervient avant l'âge de 27 ans ;
- la première date de renouvellement du contrat suivant le 27^e anniversaire du membre participant, en cas de rattachement d'office.

Dans tous les cas, le changement de groupe fait l'objet d'un avenant au contrat HOSPICONFORT.

Article 6 : changement d'adresse

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle de tout changement définitif d'adresse.

La mutuelle ne saurait être tenue pour responsable, à l'égard du membre participant, d'un quelconque préjudice qui découlerait du non-respect de cette disposition.

Article 7 : prise d'effet du contrat – durée – reconduction

Sous réserve d'acceptation de l'adhésion du membre participant par la mutuelle, le contrat HOSPICONFORT prend effet au 1^{er} jour du mois suivant sa signature. La date de signature d'un contrat HOSPICONFORT adressé par courrier est appréciée au jour de son expédition, cachet de la poste faisant foi.

Le contrat HOSPICONFORT est souscrit pour une durée d'un an à compter de sa date de prise d'effet. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction.

Article 8 : droit de renonciation

Le membre participant a la faculté de renoncer à son contrat HOSPICONFORT dans les 30 jours calendaires suivant sa date de prise d'effet, par écrit :

- soit par lettre recommandée avec avis de réception à :

Tutélaire
HOSPICONFORT
45 rue Eugène Oudiné
75013 Paris

- soit par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à :

contact@tutelaire.fr

Toute cotisation perçue par la mutuelle sera remboursée au membre participant au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de renonciation rédigée selon le modèle ci-dessous :

Je soussigné(e) « Prénom, NOM », déclare renoncer au contrat HOSPICONFORT n° souscrit le et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la cotisation versée, soit..... €.

Fait à le..... « Signature ».

En cas de renonciation, les garanties prennent fin rétroactivement à la date de réception de la lettre de renonciation.

Article 9 : prise d'effet des garanties – délai d'attente

La prise d'effet des garanties énumérées à l'article 3 :

- coïncide avec la prise d'effet du contrat, en cas d'hospitalisation consécutive à un accident survenu après la date de prise d'effet du contrat ;
- est différée par application d'un délai d'attente de trois mois à compter de la date de prise d'effet du contrat, en cas d'hospitalisation consécutive à une maladie.

Il est précisé que les garanties énumérées à l'article 3 ne prennent effet que si la date d'admission en hospitalisation est postérieure à la date d'effet des garanties.

Article 10 : niveau d'indemnisation

Lors de la souscription du contrat HOSPICONFORT, le membre participant choisit, au titre de la garantie principale définie à l'article 3, un niveau d'indemnisation parmi ceux figurant en annexe 1. Ce choix n'est modifiable qu'à l'occasion du renouvellement du contrat sous réserve que le membre participant en exprime la volonté, par la signature d'un avenant, au moins un mois avant la date de renouvellement.

Les délais d'attente définis à l'article 9 s'appliquent aux avenants visant à l'augmentation du niveau d'indemnisation. L'indemnisation des sinistres survenant durant ces délais d'attente s'effectue au niveau en vigueur antérieurement à la date de prise d'effet de l'avenant.

Article 11 : souscription des garanties optionnelles

Lors de la souscription du contrat HOSPICONFORT, le membre participant a la faculté de souscrire aux garanties optionnelles

définies à l'article 3. Il dispose également de cette faculté à l'occasion du renouvellement du contrat, sous réserve qu'il en exprime la volonté, par la signature d'un avenant, au moins un mois avant la date de renouvellement.

La souscription à la garantie optionnelle hospitalisation partielle en soins de suite ou de réadaptation est subordonnée à la souscription aux deux garanties optionnelles hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et hospitalisation complète en soins de suite ou de réadaptation.

Les délais d'attente définis à l'article 9 s'appliquent aux avenants visant à la souscription des garanties optionnelles.

Le niveau d'indemnisation défini à l'article 10 s'applique uniformément à la garantie principale et aux garanties optionnelles.

Article 12 : cotisation – périodicité – modalités de paiement

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle.

La cotisation est due à compter de la date de prise d'effet du contrat HOSPICONFORT. Payable d'avance, elle est appelée globalement pour l'ensemble des garanties et intègre les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs ou techniques auxquels la mutuelle est affiliée.

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique sur un compte bancaire sans que le montant de ce prélèvement puisse être inférieur à 20 euros.

Dans le respect de l'alinéa précédent, la cotisation est réglée annuellement ou par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles. Selon que la cotisation est réglée annuellement ou par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles, la date d'échéance s'établit respectivement au 1^{er} jour de l'année, du semestre, du trimestre ou du mois qui suit la dernière période acquittée.

Article 13 : dispositions particulières

Le membre participant du 2^e groupe qui devient orphelin de père et de mère est exonéré de cotisation et conserve, aussi longtemps qu'il remplit les conditions d'affectation dans ce groupe, le bénéfice de son contrat HOSPICONFORT.

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations en cas de mobilisation ou de captivité dans le cadre d'un conflit militaire. Durant cette période, il demeure inscrit dans les registres de la mutuelle, mais ne peut prétendre au service des prestations.

Le membre participant qui a été mobilisé ou retenu en captivité recouvre de plein droit, dès son retour, le bénéfice de son contrat HOSPICONFORT.

Article 14 : résiliation

Le membre participant peut résilier à tout moment son contrat HOSPICONFORT ou l'une des garanties optionnelles seulement, indépendamment de la date d'envoi de chaque avis d'échéance annuel de cotisation en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au siège de la mutuelle.

La demande de résiliation emporte résiliation de l'ensemble des garanties souscrites du contrat HOSPICONFORT à défaut de précision contraire.

La demande de résiliation de la garantie principale (hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie y compris l'hospitalisation ambulatoire) entraîne nécessairement la résiliation de l'intégralité du contrat.

La demande de résiliation de la garantie optionnelle « hospitalisation complète en soins de suite ou de réadaptation » ou de la garantie optionnelle « hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie » entraîne nécessairement la résiliation de la garantie optionnelle « hospitalisation partielle en soins de suite ou de réadaptation ».

La résiliation prend effet le lendemain de la date d'envoi de la demande figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret, sauf si le membre participant précise une date d'effet ultérieure.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la mutuelle est en droit d'exiger son règlement dans un délai de trente jours, en adressant une mise en demeure au membre participant.

Si le membre participant n'a pas satisfait à cette mise en demeure, la mutuelle procède à la suspension des garanties. La résiliation du contrat HOSPICONFORT peut intervenir dix jours après l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent.

La résiliation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées, en dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

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

Article 15 : réservé

Article 16 : bénéficiaires des prestations

Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent règlement, le bénéficiaire des prestations versées dans le cadre des garanties énumérées à l'article 3 est :

- pour les membres participants du 1^{er} groupe, le membre participant lui-même et ses héritiers en cas de décès du membre participant ;
- pour les membres participants du 2^e groupe, soit le représentant légal, soit le membre participant lui-même sous réserve qu'il soit majeur, soit ses héritiers en cas de décès du membre participant.

Article 17 : pièces justificatives – contrôles

Le membre participant est tenu de fournir les pièces justificatives nécessaires à l'attribution des prestations. Il doit également se soumettre aux contrôles organisés par la mutuelle.

En cas d'observation de ces obligations, la mutuelle se réserve le droit de suspendre tout ou partie des garanties souscrites par le membre participant.

Article 18 : prestations dues aux héritiers

Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent règlement, en cas de décès du membre participant, les prestations restantes dues sont versées à ses héritiers. Ces derniers sont tenus de produire un certificat établissant leurs droits et, plus généralement, toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Article 19 : fausse déclaration

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de son affiliation.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, et conformément aux dispositions des articles L. 221-14 et L. 223-25 du Code de la mutualité, les garanties contractuelles accordées au membre participant par la mutuelle sont nulles (sous réserve de la mention erronée de l'âge du membre participant dans les limites posées par la loi). Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle de la part du membre participant, dès lors que la mauvaise foi n'est pas établie et conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, les garanties contractuelles accordées ne sont pas nulles et peuvent être maintenues ou réduites par la mutuelle selon les modalités envisagées par l'article précité.

Article 20 : exclusions

Les prestations sont servies sous réserve des exclusions suivantes, en cas d'hospitalisation consécutive à un accident résultant d'un des cas suivants :

- fait de guerre civile, étrangère, insurrection ;
- fait intentionnellement provoqué par le membre participant, notamment rixe, s'il est prouvé qu'il a été l'agresseur, ou encore acte de terrorisme ou de sabotage auquel le membre participant a participé de manière directe ou indirecte ;
- pratique d'une activité au moyen d'un engin non certifié, non homologué ou d'un engin piloté par une personne non certifiée ;

• vol sur un appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;

• participation à des paris, défis ou tentatives de record ;

• acte effectué sous l'emprise de l'alcool, de drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement.

Article 21 : suspension des opérations en cas de guerre ou d'épidémie

En cas de guerre ou d'épidémie, la mutuelle se réserve le droit de suspendre ses opérations ou de prendre toutes mesures qu'elle jugera utiles en vue de remplir équitablement et le plus libéralement possible les obligations contractées par elle envers ses membres participants.

Article 22 : subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant 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'étend aux ayants droit et aux bénéficiaires du membre participant. Elle 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 les prestations versées par la mutuelle 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.

TITRE II GARANTIE HOSPITALISATION

Article 23 : champ de la garantie - définitions

La mutuelle garantit au membre participant le versement d'une indemnité journalière :

- À titre de garantie principale, en cas d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie y compris l'hospitalisation ambulatoire.
- À titre de garantie optionnelle :
 - en cas d'hospitalisation complète en établissement, service ou unité de soins de suite ou de réadaptation,
 - en cas d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie,
 - en cas d'hospitalisation partielle en établissement, service ou unité de soins de suite ou de réadaptation.

Définitions :

- **L'hospitalisation ambulatoire** est caractérisée par une admission, une prise en charge et une sortie dans la même journée. Ce type d'hospitalisation n'entraîne donc aucun hébergement. Durant cette journée, il est pratiqué un acte chirurgical.
- **L'hospitalisation complète** est l'hospitalisation durant laquelle le patient est admis à l'hôpital pour une durée d'ouverture journalière supérieure à douze heures.
- **L'hospitalisation à temps partiel ou séances de soins** consiste en une hospitalisation sur une durée d'ouverture journalière inférieure ou égale à douze heures. Il peut s'agir d'exams, de surveillance médicale (psychiatrie), de réadaptation, de séances de dialyse, etc.

Toute indemnisation au titre de la garantie optionnelle hospitalisation complète en soins de suite ou de réadaptation est subordonnée à une indemnisation préalable au titre de la garantie principale hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie y compris l'hospitalisation ambulatoire.

Toute indemnisation au titre de la garantie optionnelle hospitalisation partielle en soins de suite ou de réadaptation est subordonnée à une indemnisation préalable soit de la garantie principale hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie y compris l'hospitalisation ambulatoire, soit de la garantie optionnelle hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie.

Article 24 : risques non couverts

Sont exclus du contrat HOSPICONFORT les hospitalisations :

- en établissements, services ou unités de soins de longue durée ;
- résultant d'accidents survenus avant la date de prise d'effet du contrat HOSPICONFORT ;
- en rapport avec une des affections de longue durée définies en annexe 3.1 du présent règlement ou avec une invalidité dont les critères de reconnaissance sont définis en annexe 3.2 du présent règlement, dès lors que la date de reconnaissance de cette affection de longue durée ou de cette invalidité est antérieure à la souscription.

Article 25 : hospitalisations à domicile

Sous réserve des dispositions prévues aux articles 23 et 24, les hospitalisations à domicile, telles que définies par les textes en vigueur, sont considérées comme étant effectuées en établissement et ouvrent droit à indemnisation.

Article 26 : montant de l'indemnité

Durant toute la période d'hospitalisation, la mutuelle verse une indemnité journalière dont le montant dépend du niveau d'indemnisation choisi par le membre participant conformément aux dispositions prévues à l'article 10.

Article 27 : montant de la cotisation

La cotisation annuelle est déterminée, pour chacun des groupes définis à l'article 4, conformément au tableau figurant en annexe 2, en fonction des garanties souscrites, du niveau d'indemnisation et de l'âge atteint par le membre participant à la date de souscription des garanties.

L'âge atteint est obtenu par différence de millésimes entre l'année de calcul de la cotisation et l'année de naissance.

L'année de calcul correspond à l'année de prise d'effet du contrat ou de ses avenants.

Sous réserve que le membre participant ne modifie pas son contrat HOSPICONFORT par avenant ou que la mutuelle ne procède pas à une révision de tarif telle que définie à l'article 28, la cotisation reste fixe sur toute la durée du contrat.

Article 28 : révision de tarif

En application de l'article 1, la mutuelle se réserve le droit de procéder à une révision des montants de cotisations figurant en annexe 2 à des fins de sauvegarde de l'équilibre des contrats HOSPICONFORT, notamment en cas d'évolution de la réglementation applicable auxdits contrats.

TITRE III ACTION SOCIALE

Article 29 : aide pécuniaire

En cas de graves difficultés financières générées par la maladie, le handicap, un bouleversement familial, une catastrophe naturelle, la mutuelle peut, sur avis de la commission d'action sociale ou de la commission nationale telles qu'elles sont définies à l'article 79 des statuts, verser au membre participant une aide pécuniaire non remboursable.

Article 30 : allocation obsèques

En cas de décès d'un enfant de moins de 18 ans, ou d'un enfant reconnu handicapé quel que soit son âge, la mutuelle peut verser au membre participant, de manière discrétionnaire, une allocation obsèques.

Article 31 : accompagnement d'un enfant reconnu handicapé à charge

La mutuelle peut attribuer, de manière discrétionnaire, au membre participant retraité des chèques emploi-service universels (CESU) gratuits dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant reconnu handicapé à charge.

TITRE IV DIFFICULTÉS RELATIVES À L'EXÉCUTION DU PRÉSENT RÈGLEMENT

Article 32 : prescription

Conformément aux articles L. 221-11, L. 221-12 et L. 221-12-1 du Code de la mutualité, toutes les actions relatives aux garanties

non-vie sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du membre participant contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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 33 : réclamations

Toute réclamation relative à l'exécution du présent règlement doit être formulée par écrit et adressée :

- soit par courrier à :
Tutelaire
Service réclamations
45 rue Eugène Oudiné
75013 Paris
- soit par courriel à :
reclamations@tutelaire.fr

Sauf circonstances particulières, la mutuelle s'engage à répondre au réclamant dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Article 34 : médiation

Toute réclamation non résolue à l'amiable ou par voie de médiation relative au bulletin d'adhésion ou au présent règlement sera de la compétence exclusive des tribunaux civils dont dépend le siège de la mutuelle.

Au préalable, et après épuisement des procédures internes de règlement amiable des réclamations, le membre participant, le cas échéant son représentant légal ou ses ayants droit, pourront avoir recours aux services du médiateur de la Fédération Nationale

de la Mutualité Française (FNMF). Le médiateur peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le médiateur fédéral
255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15
- soit sur le site internet du Médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le recours à la médiation n'est pas possible lorsqu'une action contentieuse a été engagée.

TITRE V

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Article 35 : protection des données personnelles

Les informations personnelles et nominatives concernant les membres participants et leurs ayants droit collectées par la mutuelle sont traitées par Tutelaire en tant que responsable de traitement dont le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté à l'adresse suivante : dpo@tutelaire.fr.

À ce titre, ce dernier s'engage à respecter la réglementation applicable à la protection des données à caractère personnel, telle qu'issue notamment (i) de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et de ses textes d'application, et (ii) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 (« RGPD »).

Les données à caractère personnel collectées font l'objet d'un traitement ayant pour finalités la gestion et l'exécution du contrat, la gestion du risque et la réalisation d'opérations de prospection commerciale.

Ces traitements ont pour base légale :

- le consentement des membres participants et leurs ayants droit en matière de prospection commerciale. Quel que soit le canal de communication utilisé pour réaliser l'opération de prospection commerciale, ces derniers auront toujours la possibilité de s'opposer facilement et gratuitement à cette prospection.
- l'exécution du contrat pour les autres finalités précitées.

À défaut pour les membres participants et leurs ayants droit de fournir leurs données à caractère personnel, le présent contrat ne pourra prendre effet.

Ces données à caractère personnel sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois, elles pourront être communiquées, dans le respect des finalités susmentionnées, à des sous-traitants, prestataires, mandataires et réassureurs, en vue de l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Elles pourront également être transmises, à leur demande, aux auditeurs de la mutuelle, à son Autorité de contrôle ainsi qu'aux autorités administratives ou judiciaires, étant précisé qu'aucun transfert de ces données n'a lieu en dehors de l'Espace Economique Européen.

Les données collectées sont conservées pendant la durée du contrat, et au-delà, pendant la durée de la prescription applicable selon les cas, conformément notamment aux dispositions du Code des assurances, du Code de la sécurité sociale, du Code de la mutualité et du Code civil.

En application de la réglementation applicable, les membres participants et leurs ayants droit peuvent exercer leurs droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation du traitement s'agissant de toute donnée à caractère personnel qui figurerait dans les fichiers de la mutuelle ou, le cas échéant, des tiers listés ci-dessus, en adressant un email à l'adresse suivante donneespersonnelles@tutelaire.fr ou par courrier simple, accompagné d'une copie recto/verso de la carte d'identité en cours de validité ainsi qu'en précisant l'adresse à laquelle la réponse de Tutelaire doit parvenir, au siège de la mutuelle (Tutelaire – 45 rue Eugène Oudiné – 75013 Paris).

Les membres participants et leurs ayants droit ont la possibilité de se voir transmettre l'ensemble de leurs données personnelles dans un format structuré dans le cas où ils souhaiteraient les transmettre à un autre responsable de traitement ainsi que du droit de demander à ce que leurs données ne soient plus soumises au traitement décrit.

Les ayants droit peuvent également, à tout moment, modifier ou révoquer les directives fixées par les membres participants relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Les membres participants et leurs ayants droit ont également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (« CNIL ») (www.cnil.fr).

Recueil et traitement de données de santé dans le cas de la gestion d'un sinistre :

Tutelaire sera amenée à collecter, traiter et conserver les données de santé des membres participants et leurs ayants droit dans le respect des règles de confidentialité.

Ces traitements seront réalisés sur la base de l'exécution du contrat étant entendu que ces données de santé sont nécessaires aux fins de gestion du sinistre.

Pour garantir la confidentialité et le respect du secret médical, ces données de santé sont exclusivement destinées aux services de la mutuelle en charge de la gestion de leurs contrats, personnes internes ou externes habilitées spécifiquement et ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale ni transférées hors de l'Espace Economique Européen.

Les membres participants et leurs ayants droit peuvent (i) exercer leurs droits s'agissant des données de santé qui figureraient dans les fichiers de la mutuelle ou, le cas échéant, des tiers listés ci-dessus ; (ii) se voir transmettre l'ensemble dans leurs données personnelles dans un format structuré ; (iii) introduire une réclamation auprès de la CNIL, dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus.

TITRE VI

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Article 36 : Autorité de contrôle

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.

Annexe 1

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

Niveau d'indemnisation	Indemnité journalière
1	15 €
2	30 €
3	45 €

COTISATION ANNUELLE (suite)

1^{ER} GROUPE

âge	niveau 1				niveau 2				niveau 3			
	GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES			GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES			GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES		
	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation
91 ans	282,00 €	93,00 €	14,64 €	2,64 €	519,00 €	174,00 €	29,28 €	5,28 €	735,00 €	243,00 €	43,92 €	7,92 €
92 ans	291,00 €	99,00 €	14,64 €	2,64 €	543,00 €	180,00 €	29,28 €	5,28 €	765,00 €	255,00 €	43,92 €	7,92 €
93 ans	306,00 €	102,00 €	14,64 €	2,64 €	564,00 €	189,00 €	29,28 €	5,28 €	798,00 €	264,00 €	43,92 €	7,92 €
94 ans	318,00 €	105,00 €	14,64 €	2,64 €	588,00 €	195,00 €	29,28 €	5,28 €	831,00 €	276,00 €	43,92 €	7,92 €
95 ans	330,00 €	111,00 €	14,64 €	2,64 €	612,00 €	204,00 €	29,28 €	5,28 €	864,00 €	288,00 €	43,92 €	7,92 €
96 ans	342,00 €	114,00 €	14,64 €	2,64 €	636,00 €	210,00 €	29,28 €	5,28 €	900,00 €	297,00 €	43,92 €	7,92 €
97 ans	357,00 €	120,00 €	14,64 €	2,64 €	660,00 €	219,00 €	29,28 €	5,28 €	933,00 €	309,00 €	43,92 €	7,92 €
98 ans	369,00 €	123,00 €	14,64 €	2,64 €	684,00 €	228,00 €	29,28 €	5,28 €	966,00 €	321,00 €	43,92 €	7,92 €
99 ans	381,00 €	126,00 €	14,64 €	2,64 €	708,00 €	234,00 €	29,28 €	5,28 €	1 002,00 €	333,00 €	43,92 €	7,92 €
100 ans	396,00 €	132,00 €	14,64 €	2,64 €	732,00 €	243,00 €	29,28 €	5,28 €	1 035,00 €	345,00 €	43,92 €	7,92 €
101 ans	408,00 €	135,00 €	14,64 €	2,64 €	759,00 €	252,00 €	29,28 €	5,28 €	1 071,00 €	357,00 €	43,92 €	7,92 €
102 ans	423,00 €	141,00 €	14,64 €	2,64 €	783,00 €	261,00 €	29,28 €	5,28 €	1 107,00 €	366,00 €	43,92 €	7,92 €
103 ans	435,00 €	144,00 €	14,64 €	2,64 €	810,00 €	270,00 €	29,28 €	5,28 €	1 143,00 €	378,00 €	43,92 €	7,92 €
104 ans	450,00 €	150,00 €	14,64 €	2,64 €	834,00 €	276,00 €	29,28 €	5,28 €	1 179,00 €	390,00 €	43,92 €	7,92 €
105 ans	462,00 €	153,00 €	14,64 €	2,64 €	861,00 €	285,00 €	29,28 €	5,28 €	1 215,00 €	402,00 €	43,92 €	7,92 €
106 ans	477,00 €	159,00 €	14,64 €	2,64 €	885,00 €	294,00 €	29,28 €	5,28 €	1 251,00 €	414,00 €	43,92 €	7,92 €
107 ans	492,00 €	162,00 €	14,64 €	2,64 €	912,00 €	303,00 €	29,28 €	5,28 €	1 290,00 €	426,00 €	43,92 €	7,92 €
108 ans	504,00 €	168,00 €	14,64 €	2,64 €	939,00 €	312,00 €	29,28 €	5,28 €	1 326,00 €	438,00 €	43,92 €	7,92 €
109 ans	519,00 €	174,00 €	14,64 €	2,64 €	963,00 €	321,00 €	29,28 €	5,28 €	1 362,00 €	450,00 €	43,92 €	7,92 €
110 ans	531,00 €	177,00 €	14,64 €	2,64 €	987,00 €	327,00 €	29,28 €	5,28 €	1 398,00 €	462,00 €	43,92 €	7,92 €

2^E GROUPE

âge	niveau 1				niveau 2				niveau 3			
	GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES			GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES			GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES		
	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation
Jusqu'à 26 ans	6,00 €	3,00 €	6,00 €	3,00 €	12,00 €	6,00 €	12,00 €	6,00 €	18,00 €	9,00 €	18,00 €	9,00 €

Annexe 3

3.1. Liste des affections de longue durée

- Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- Bilharziose compliquée ;
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- Maladie coronaire ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave ;
- Maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- Maladie de Parkinson ;
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- Mucoviscidose ;
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- Paraplégie ;
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- Affections psychiatriques de longue durée ;
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- Sclérose en plaques ;
- Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- Spondylarthrite grave ;
- Suites de transplantation d'organe ;
- Tuberculose active, lèpre ;
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

3.2. Critères de reconnaissance d'une invalidité

La reconnaissance d'une invalidité est déterminée par le bénéficiaire :

- de la prestation de compensation du handicap ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne ;
- d'une pension d'invalidité.

