



Règlement Mutualiste

Protection Hospitalière



Règlement Mutualiste
Valant note d'information



Sommaire

Règlement Mutualiste Protection Hospitalière

Article 1 • Objet du règlement

Article 2 • Définitions

Article 3 • Adhésion au règlement

3.1 Formation de l'adhésion

3.2 Prise d'effet de L'adhésion

3.3 Prise d'effet et condition de versement des prestations

3.4 Territorialité

3.5 Durée et renouvellement des garanties

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

4.1 Nouveaux ayants droit

4.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

4.3 Autres modifications

4.4 Évolution des garanties à l'initiative de la Mutuelle

Article 5 • Cotisations

5.1 Appel et paiement des cotisations

5.2 Non-paiement des cotisations

5.3 Calcul et réévaluation de la cotisation

Article 6 • Résiliation d'une ou plusieurs garanties, radiation d'un ayant droit et exclusion

6.1 À l'initiative de l'adhérent

6.2 Délai de rétractation en cas de vente à distance

6.3 À l'initiative de la Mutuelle

6.4 Conséquence de la résiliation ou de l'exclusion

Article 7 • Délai de prescription

Article 8 • Réclamations

Article 9 • Subrogation

Article 10 • Exclusions

10.1 Exclusions des conséquences de certains risques

10.2 Exclusions supplémentaires

Article 11 • Conditions de souscription et prestations

11.1 Définition des prestations

11.1.1 Indemnités journalières

11.2 Ouverture des droits

11.2.1 Indemnités journalières

11.3 Calcul des prestations

11.3.1 Indemnités journalières

11.4 Crédit d'indemnisation

11.5 Paiement des prestations

Article 12 • Gestion déléguée de l'exécution des garanties

Article 13 • Informatique et libertés

Article 14 • Autorité de contrôle

Article 1 • Objet du règlement

Le présent règlement mutualiste, établi conformément à l'article 114-1 du Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques existant entre chaque membre participant (ci-après dénommé adhérent) et la Mutuelle Mare-Gaillard (ci-après dénommée, la Mutuelle).

Il détermine les conditions dans lesquelles la Mutuelle verse à l'assuré qui a souscrit une garantie « Protection Hospitalière », une indemnité forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation suite à une maladie ou un accident.

Il détermine également les prestations d'assistance dont peut bénéficier l'assuré.

Article 2 • Définitions

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur à l'assuré et non intentionnel de sa part, cause exclusive, certaine et directe du sinistre.

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

- les infarctus du myocarde ;
- les ruptures d'anévrisme ;
- les accidents vasculaires cérébraux ;
- les lombalgies, les lumbagos ;
- les sciatiques ;
- les éventrations ;
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- les hydrocutions ;
- les hernies abdominales ;
- les lésions méniscales.

Adhérent ou membre participant : personne physique qui adhère à la Mutuelle, pour elle-même et les personnes désignées au bulletin d'adhésion, et qui bénéficie(nt) des prestations en contrepartie du paiement d'une cotisation.

Adhésion : engagement qui résulte de la réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion, signé par l'adhérent et qui définit la liste des assurés, la garantie souscrite et sa cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de prise d'effet de la garantie par assuré.

Assisteur : organisme assurant et gérant les prestations d'assistance et dûment agréé à cet effet. Les garanties d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, union technique soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,

Assuré(s) : personne(s) physique(s) sur la tête de qui repose le risque. Il s'agit donc de l'adhérent et/ou d'un ou plusieurs de ses ayants droit tels que définis au bulletin d'adhésion pour l'une ou l'autre des garanties objet du présent règlement mutualiste.

Ayants droit : peuvent être ayants droit toute personne à la charge de l'adhérent :

- le conjoint,
- le concubin de l'adhérent ou la personne liée à ce dernier par un pacte civil de solidarité (PACS),
- les enfants de l'adhérent à charge fiscalement jusqu'à leur majorité ou qui poursuivent leurs études jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28ème anniversaire.

Délai de stage : période fixée par le règlement qui commence à courir à compter du jour de prise d'effet de l'adhésion et au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas bien que l'adhérent cotise. À son expiration, l'assuré peut prétendre au bénéfice de la garantie dans les conditions prévues au présent règlement.

Organisme assureur : la Mutuelle Mare-Gaillard, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 314 559 451.

Article 3 • Adhésion au règlement

3.1 Formation de l'adhésion

Pour adhérer, l'adhérent doit remplir avec exactitude et sans omission le bulletin d'adhésion.

La garantie accordée à l'adhérent 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 l'adhérent 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.

Au titre du présent règlement mutualiste, aucun assuré ne peut être couvert simultanément plusieurs fois autitre d'une même garantie.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle, de son règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, dont un exemplaire lui est remis préalablement à cette signature.

3.2 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf date ultérieure expressément prévue au bulletin d'adhésion.

3.3 Prise d'effet et condition de versement des prestations

Le droit au versement des prestations prendra effet à la suite d'un délai de stage d'une durée de 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion, pour chaque assuré, sauf en cas d'accident. Ce délai de stage s'applique également pour les montées en gamme. Ce stage n'est pas appliqué dans les cas suivants :

- Lorsque les soins en cause sont consécutifs à un accident.

Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle de l'hospitalisation incombe au bénéficiaire des soins ;

- les ayants droit devenant adhérents à leur propre garantie « Protection Hospitalière » ;
- les assurés de moins de 28 ans au 1^{er} janvier de l'année de la prise d'effet de la garantie ;
- les ayants droit modifiant leur garantie en faveur d'une indemnité inférieure dans les conditions prévues à l'article 4.2 ;
- les nouveaux assurés justifiant d'une couverture équivalente auprès d'un autre organisme assureur, sous réserve que l'adhésion à la garantie intervienne dans les trois mois suivant la radiation de la précédente garantie ;
- en cas d'hospitalisation due à un accident lorsque la date de ce dernier est postérieure à la date d'effet de l'adhésion à la garantie.

Les prestations seront versées sur production de l'ensemble des justificatifs demandés par la Mutuelle, en fonction de la garantie souscrite, sous réserve du paiement effectif des cotisations par l'adhérent.

La Mutuelle se réserve le droit de demander tout autre justificatif à l'assuré, non inscrit au présent règlement.

Aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de suspension de la garantie ou après la résiliation du contrat.

Les demandes de paiement des prestations devront être produites dans le délai de prescription défini à l'article 7 du présent règlement.

3.4 Territorialité

Les garanties sont valables dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une

Note d'information Réf. RM N°03 - AG 30/06/2024 CA 09/12/2023

3.5 Durée et renouvellement des garanties

Les garanties viennent à échéance au 31 décembre de chaque année.

Elles se renouvellent pour une période de 12 mois, par tacite reconduction, sauf dénonciation d'une, plusieurs ou de la totalité des garanties, selon les modalités prévues à l'article 6.

La reconduction de la garantie « Protection Hospitalière » se fait dans les conditions relatives au crédit d'indemnisation visée dans les articles 11.1 et 11.4.

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance :

Tout changement de domicile ;

Toute modification concernant les ayants droits désignés comme tels dans le bulletin d'adhésion ;

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

4.1 Nouveaux ayants droit

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Nouvel ayant droit suite à naissance ou adoption

Au premier jour du mois de naissance ou d'adoption, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement.

Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Nouvel ayant droit suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité

Date d'effet de la modification : au premier jour du mois suivant la survenance de l'événement, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement.

Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Autres ayants droit

Date d'effet de la modification : premier jour du mois suivant la réception de la demande.

4.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent pourra demander la modification de la garantie, pour lui-même ou pour l'un de ses ayants droit, 12 mois après la date d'adhésion, ou 12 mois après la

date du précédent changement de garantie.

Le/les assuré(s) bénéficie(nt) alors des dispositions de sa/ses garantie(s) antérieure(s) jusqu'à la date d'effet de la ou des nouvelles garanties.

Le changement de garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la réception, par la Mutuelle, de la demande de modification signée par l'adhérent.

Si le changement vise une amélioration du montant de l'indemnité forfaitaire journalière de la garantie, la nouvelle garantie s'exerce après application d'un délai de stage selon les dispositions de l'article 3.3. Les frais de séjours hospitaliers intervenant pendant cette période de stage seront alors indemnisés sur les bases de l'ancien montant de l'indemnité journalière.

4.3 Autres modifications

Ces modifications prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de leur demande par la Mutuelle.

4.4 Évolution des garanties à l'initiative de la Mutuelle

Les garanties peuvent être modifiées par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Article 5 • Cotisations

5.1 Appel et paiement des cotisations

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droits désignés au bulletin d'adhésion. **La cotisation est due pour l'année entière et payable d'avance.**

Son paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre ou au semestre. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

5.2 Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation.

Les événements déclenchant une garantie intervenant pendant la période de suspension de celle-ci ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement des cotisations. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation 40 jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit

ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle d'intenter une action en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau :

- le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ;
- à défaut, 2 ans après la date de résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

5.3 Calcul et réévaluation de la cotisation

Pour chacune des garanties, le montant des cotisations est déterminé par l'assemblée générale ou par le conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. La cotisation de la garantie « Protection Hospitalière » est calculée en fonction de l'indemnité choisie et varie avec l'âge de l'assuré au 1er janvier de chaque année.

L'inscription de deux enfants de moins de 28 ans ouvre droit à une exonération de cotisation pour les enfants suivants de moins de 28 ans.

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les 3 mois qui suivent sa naissance ou son adoption est dispensé du paiement de la cotisation pour cet enfant à partir de la date d'effet de son inscription définie à l'article 4.1 et ce pendant 12 mois.

Les cotisations et les prestations pourront être révisées chaque année notamment en fonction de l'évolution du coût du risque au sein de la collectivité des assurés. Cette révision se fera par décision de l'assemblée générale ou du conseil d'administration de la Mutuelle ayant reçu délégation.

Article 6 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit et exclusion

Note d'information Réf. RM N°03 - AG 30/06/2024 CA 09/12/2023

6.1 À l'initiative de l'adhérent

L'adhérent peut mettre fin :

- à la garantie à laquelle il a adhéré au titre du présent règlement ;
- et ceci pour une, plusieurs ou la totalité des personnes définies dans la liste des personnes assurées en tant qu'ayant droit,

Selon les modalités suivantes :

1. **A l'échéance annuelle** : Avant le 31 octobre de l'année, l'adhérent peut mettre fin à la garantie en notifiant sa volonté à la Mutuelle selon l'une des modalités suivantes :
 - par lettre ou tout autre support durable ;
 - par déclaration faite au siège social ;
 - par acte extrajudiciaire ;
 - en cas d'adhésion à distance ou par voie dématérialisée, par le même mode de communication.
 Dans cette hypothèse, la résiliation prend effet le 31 décembre.

2. **En cours d'année** : A l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de son adhésion au règlement, le membre participant dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

La notification de la résiliation doit être adressé à la mutuelle selon l'une des modalités suivantes :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ;
- par acte extrajudiciaire ;
- en cas d'adhésion à distance ou par voie dématérialisée, par le même mode de communication.

La demande de résiliation, ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la prise d'effet de la résiliation. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date

6.2 Délai de rétractation en cas de vente à distance

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de délai de pénalité. Il effectue cette demande par lettre recommandée avec accusé de réception.

Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

La mutuelle s'engage dans ce cas à restituer à l'adhérent dans les 30 jours à compter de la réception du courrier de rétractation, les sommes encaissées sous déduction des prestations que l'adhérent et les bénéficiaires auraient éventuellement perçues.

6.3 À l'initiative de la Mutuelle

En cas de non-paiement des cotisations

La Mutuelle décide de la résiliation de la garantie prévue au titre du présent règlement en cas de non-paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article

5.2. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle

La garantie accordée à l'adhérent 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 l'adhérent 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.

Aussi peut être exclu de la Mutuelle dans les conditions définies à l'article 13 des statuts tout adhérents ou tout ayant droit qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

En cas de fausse déclaration non intentionnelle

Lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du présent règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent. À défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci 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 au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

6.4 Conséquence de la résiliation ou de l'exclusion

Lors de la résiliation de l'adhésion à une garantie, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit définis au bulletin d'adhésion, à renoncer à tous les services dont il bénéficiait de par son adhésion à ladite garantie. Les risques réalisés après la date d'effet de la résiliation ne seront pas couverts au titre de la garantie résiliée.

Article 7 • Délai de prescription

Toutes actions dérivant de l'adhésion au présent règlement sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle 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.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 ou l'union 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 à la Mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 8 • Réclamations et litiges médicaux

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

A compter de l'envoi de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par la mutuelle et dans tous les cas en l'absence de réponse de cette dernière dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation, le bénéficiaire peut saisir le Médiateur.

Il peut être saisi, soit par courrier à l'attention de : **Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF) 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.** Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Article 9 • Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la Mutuelle à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers.

L'adhérent doit faire une déclaration d'accident à la

Mutuelle sauf cas de force majeure dans les plus brefs délais.

Article 10 • Exclusions

10.1 Exclusions des conséquences de certains risques

Sont exclues de la garantie, les conséquences :

- des tentatives de suicide ou de tout acte intentionnel de l'assuré ;
- de luttes, duels, rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
- d'un acte effectué dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par les textes et règlements en vigueur au Code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement ;
- directes ou indirectes de faits de guerres (civiles et étrangères), d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;
- de la désintégration du noyau atomique ; de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- de catastrophes naturelles, telles que tremblements de terre ou inondations ;
- de la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- de la navigation aérienne comme pilote ou passager de tout appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet ou une licence valable pour l'appareil utilisé.

10.1 Exclusions supplémentaires

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Hospitalière » : les séjours dans les établissements et services très spécialisés suivants : les maisons de repos, de convalescence, établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres de thalassothérapie, établissements et service de gériatrie, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, établissements et services de rééducation fonctionnelle et motrice, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux et/ou psychopédagogiques, séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants.

les cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil, les traitements esthétiques, de rajeunissement.

les séjours en établissements hospitaliers : résultant d'une grossesse pathologique, lorsque le 1^{er} jour d'hospitalisation se situe dans les 12 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion à la garantie ; d'enfants âgés de moins de 30 jours ou nés

Note d'information Réf. RM N°03 - AG 30/06/2024 CA 09/12/2023

**prématurément ;
dans les 10 jours qui précèdent ou qui suivent
l'accouchement.**

Il est précisé que pour les autres cas de grossesse pathologique, les séjours en établissements hospitaliers entrent, dans le champ d'application de la garantie.

Les maladies congénitales du nouveau-né sont prises en charge pendant une durée maximale de 90 jours.

après la fin de la dernière hospitalisation indemnisée, le crédit d'indemnisation est intégralement reconstitué.

11.5 Paiement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement à l'assuré ou à son représentant légal, sous réserve des dispositions des articles 3.3 et 5.2 du présent règlement.

Article 12 • Informatique et libertés

Les données relatives aux adhérents et de leurs ayants-droits éventuels constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (ci-après, « RGPD »), ainsi que par la Loi n°78- 17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans le cadre de ses activités, la Mutuelle Mare-Gaillard met en œuvre des traitements de données à caractère personnel de ses adhérents et de leurs ayants-droits éventuels en qualité de responsable de traitement, situé Section Bernard – 97190 Le Gosier.

Le traitement des données à caractère personnel, est nécessaire, selon les traitements réalisés, aux finalités suivantes :

- La souscription, la gestion et l'exécution des contrats, et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) de l'adhérent ou de ses ayants-droits éventuels pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé. Ce traitement se fonde sur l'exécution du contrat ;
 - L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la Mutuelle Mare-Gaillard de garder des preuves en cas de réclamation et de litige ;
 - L'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la mutuelle pour amélioration de ses services ;
 - L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
 - L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'adhérent. Ce traitement se fonde sur l'exécution des mesures précontractuelles de la part de la Mutuelle Mare-Gaillard ;
 - La prospection commerciale, dans les conditions fixées par la réglementation, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres. Ce traitement se fonde sur votre consentement ;
 - Toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte. Les données personnelles identifiées par un astérisque [*] sont obligatoires. Le défaut de fourniture des données obligatoires aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.
- Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et de ses ayants-

Article 11 • Conditions de souscription et prestations

11.1 Définition des prestations

11.1.1 Indemnités journalières

La garantie « Protection Hospitalière » permet à l'assuré de bénéficier **d'une indemnité forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours continus causée par une maladie ou un accident dans la limite d'un crédit d'indemnisation de 365 jours, sous réserve que le premier jour d'hospitalisation intervienne postérieurement à la prise d'effet des prestations.**

L'adhérent choisit lui-même le montant de l'indemnité journalière qu'il souhaite parmi les 3 options proposées : **15, 30 ou 45 euros.**

11.2 Ouverture des droits

11.2.1 Indemnités journalières

Pour être indemnisé l'assuré doit remplir et adresser à la Mutuelle une « demande d'indemnisation » (document fourni par la Mutuelle sur demande), accompagnée d'un original du bulletin d'hospitalisation faisant état des dates d'hospitalisation et du service hospitalier.

11.3 Calcul des prestations

Les prestations ne sont dues que pendant la période d'effet de la garantie, conformément aux dispositions des articles 3.3 et 5.2 sous réserve des éventuels délais de stage et de la résiliation de la garantie.

11.3.1 Indemnités journalières

L'indemnisation débute au 4ème jour d'hospitalisation.

11.4 Crédit d'indemnisation

Le crédit d'indemnisation, correspondant au montant d'indemnité choisi, peut être épuisé en un ou plusieurs séjours hospitaliers.

Si une nouvelle hospitalisation intervient moins d'un an après la fin de la précédente, les droits de l'assuré sont ouverts pour le crédit d'indemnisation restant.

Si une nouvelle hospitalisation intervient plus d'un an

Note d'information Réf. RM N°03 - AG 30/06/2024 CA 09/12/2023

droits éventuels peuvent faire l'objet d'une dématérialisation.

En outre, la Mutuelle Mare-Gaillard étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants-droits éventuels pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier. Les destinataires des données de l'adhérent et de ses ayants-droits éventuels peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et uniquement dans le cadre de la réalisation des finalités susmentionnées : le personnel de la Mutuelle Mare-Gaillard ainsi que sa garante, ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités. Les données à caractère personnel collectées, peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales. La Mutuelle Mare-Gaillard s'engage à ce que les données à caractère personnel qu'elle collecte ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données à caractère personnel traitées.

La Mutuelle Mare-Gaillard s'engage à ce que les données à caractère personnel collectées ne soient pas conservées plus longtemps que nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées. Les données à caractère personnel des adhérents et de leurs ayants-droits éventuels seront ainsi conservées pendant la durée de la relation contractuelle, puis conformément aux obligations légales de conservation.

La Mutuelle Mare-Gaillard s'engage à respecter son référentiel des durées de conservation à savoir :

- Les données personnelles traitées pour la souscription, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées pendant la durée de la relation commerciale et cinq (5) ans à compter de la fin de la relation commerciale ;
- Les données personnelles traitées dans le cadre de la gestion de la prospection commerciale sont conservées trois (3) ans à compter de la fin de la relation commerciale en ce qui concerne les adhérents et elles sont conservées trois (3) ans à compter du dernier contact du prospect avec la Mutuelle ;
- Les données personnelles traitées dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, telle que la lutte contre la fraude, sont conservées cinq (5) ans à compter de la clôture de tous les comptes de l'adhérents et la cession de leurs relations avec la Mutuelle.

Conformément aux dispositions du RGPD et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier

1978, l'adhérent ses ayants-droits éventuels disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de leurs données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. L'adhérent et ses ayants-droits éventuels peuvent également, pour des motifs légitimes, limiter le traitement des données les concernant. Ils ont la possibilité de s'opposer, à tout moment, à un traitement de leurs données pour des raisons tenant à leur situation particulière et, lorsque leurs données sont traitées à des fins de prospection commerciale, sans avoir à se justifier. Par ailleurs, l'adhérent et ses ayants-droits éventuels ont la possibilité de définir des directives post mortem en précisant à la Mutuelle Mare-Gaillard la manière dont ils entendent que soient exercés leurs droits après leur décès.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants-droits éventuels peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Ces droits peuvent être exercés auprès du **Data Protection Officer (DPO)** par email à l'adresse dpo@maregaillard.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : **Mutuelle Mare-Gaillard - Service DPO - Section Bernard - 97190 LE GOSIER**. Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr). L'adhérent et ses ayants-droits éventuels peuvent également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité française de protection des données, sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07.

Article 13 • Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège se situe 4, place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.